



Università degli Studi di Napoli Federico II

Dipartimento di Scienze Sociali

DOTTORATO IN SCIENZE SOCIALI E STATISTICHE

XXIX CICLO

“Donne straniere, salute e maternità

fra reti, possibilità e barriere.

Due casi studio a confronto nelle città di Napoli e Pisa”.

Tutor

Ch.ma Prof.ssa Gianfranca Ranisio

Ch.ma Prof.ssa Elena de Filippo

Ch.mo Prof. Giuseppe Giordano

Dottoranda

Milena Greco

A mio figlio che è cresciuto in questi anni e ai suoi abbracci.

Ad Andrea compagno di sempre e ai miei genitori, per il sostegno e l'aiuto.

*A tutte le donne e alle madri che ho incontrato nel percorso di questa ricerca,
che con le loro storie e con la loro amicizia hanno arricchito questa esperienza.*

INDICE

Introduzione

Prospettiva teorica ed interpretativa	pg.	I
La domanda di ricerca e gli obiettivi	pg.	VIII
Articolazione della tesi	pg.	XIII

Parte I - Migrazioni e salute

Cap. I – I molteplici volti dell’immigrazione femminile fra trans-nazionalismo e reti sociali

1.1 - Gli studi sull’immigrazione femminile: dalla fase del misconoscimento all’affermarsi di una prospettiva di genere	pg.	3
1.1.1 - La prospettiva di genere negli studi italiani	pg.	10
1.2 - Il ruolo delle reti sociali nelle migrazioni femminili	pg.	12
1.3 - La presenza femminile in Italia: Le statistiche	pg.	17
1.3.1 - Le fasi storiche	pg.	18
1.4 - I percorsi e i modelli migratori delle immigrate	pg.	22
1.5 - L’inserimento lavorativo nel contesto nazionale	pg.	26

Cap. II - Immigrazione femminile, salute e maternità

2.1 - L’accesso ai servizi sanitari: le ricerche e le prospettive	pg.	32
2.2 - Gli studi sulla salute e la migrazione femminile	pg.	39
2.3 - La prospettiva dell’antropologia medica in riferimento alla maternità e alla nascita nel contesto migratorio	pg.	42
2.4 - La gravidanza e le interruzioni volontarie di gravidanza: gli studi statistici.	pg.	51
2.4.1 - I nati stranieri e le caratteristiche delle madri immigrate	pg.	52
2.4.2 - Le interruzioni volontarie di gravidanza	pg.	55

Cap. III - Il pendolo delle responsabilità: contraddizioni normative e diseguaglianze di salute.

3.1 - Il sistema sanitario e l’immigrazione, fra regionalizzazione, aziendalizzazione e tagli al welfare.	pg.	60
3.2 - Le norme in riferimento alla salute dei migranti: evoluzione nel tempo e incongruenze.	pg.	62

3.3 - Diseguaglianze territoriali e disomogeneità nell'attuazione delle politiche migratorie, sanitarie e sociali: il pendolo delle competenze	pg.	69
3.4 - Un confronto fra Campania e Toscana	pg.	72
3.5 - L'Accordo fra Stato, Regioni e Provincie Autonome: un percorso verso regole chiare d omogenee ancora incompiuto	pg.	78

Cap. IV - Le politiche e la gestione dei servizi sanitari per le utenze straniere. Un dibattito aperto

4.1 - Dalla logica emergenziale al dibattito fra universalismo e differenzialismo: problematiche inerenti l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari	pg.	86
4.2 - La centralità dei consultori per la salute delle donne immigrate	pg.	89

Parte II - I contesti di indagine

Cap. V - L'articolazione delle ricerca e la metodologia di indagine

5.1 - La metodologia di indagine: impostazione metodologica generale	pg.	101
5.1.1 - L'ambito spazio temporale	pg.	102
5.2 - Le fasi della ricerca	pg.	103
5.2.1 Gli informatori privilegiati: il campione e le interviste	pg.	106
5.2.2 I medici e gli operatori sanitari: il campione e le interviste	pg.	107
5.2.3 Le immigrate: il campione e le interviste	pg.	108
5.3 - Gli strumenti di indagine	pg.	110
5.3.1 Le griglie di indagine per gli informatori privilegiati	pg.	110
5.3.2 Le griglie di indagine per i medici e gli operatori sanitari	pg.	111
5.3.3 Le griglie di indagine per le immigrate	pg.	112
5.4 - Le fonti secondarie	pg.	114

Cap. VI – I servizi sanitari e sociali a Napoli

6.1 - La presenza straniera femminile in Campania e a Napoli.	pg.	118
6.2 - Le utenze femminili presso l'ASL Napoli 1: le statistiche sanitarie del servizio S.A.S.C.I.	pg.	122
6.3 – I servizi sul territorio: le Unità Complesse “Tutela Salute Donna”.	pg.	128
6.4 – Il Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati presso l'Ospedale Ascalesi	pg.	137
6.5 – L'ambulatorio di Villa Betania	pg.	144
6.6 - Una realtà in mutamento: i servizi di mediazione interculturale sul territorio, fra criticità e necessità.	pg.	151
6.6.1 - Il progetto regionale Yalla (aprile 2012 – dicembre 2015),	pg.	153

6.6.2 – L’Ambulatorio ostetrico-ginecologico del II Policlinico di Napoli (2007/2016).	pg. 157
6.7 - Le progettualità volte alla tutela della salute delle immigrate e l’importanza delle reti socio-sanitarie. Il Progetto Equità della Regione Campania.	pg. 162
6.7.1 - I progetti del privato sociale e le questioni emerse in riferimento al lavoro di rete sul territorio	pg. 165

Cap VII – La presenza femminile immigrata e la rete dei servizi a Pisa. Il ruolo della Società della Salute

7.1 - La presenza straniera femminile in Toscana e a Pisa	pg. 174
7.2 – Il modello di governance della sanità toscana e il ruolo della Società della Salute.	pg. 186
7.2.1 - La Società della Salute e le progettualità rivolte alle immigrate	pg. 190
7.3 - L’organizzazione dei consultori dell’AUSL Toscana Area Nord Ovest Ambito Pisa.	pg. 199
7.3.1 – Dati dei consultori dell’AUSL Nord Ovest al 2015. L’eterogeneità dell’utenza.	pg. 205
7.3.2 - Il Consultorio immigrati del CEP	pg. 212
7.3.3 – Le reti di collaborazione dei consultori pisani e i tagli al welfare.	pg. 221
7.4 - I servizi di mediazione interculturale della Coop. Arnera	pg. 223
7.5 - Il ruolo delle reti del privato sociale per la tutela della salute delle immigrate e la percezione dell’integrazione socio-sanitaria sul territorio.	pg. 228

Parte III - Accesso e fruibilità ai servizi sanitari delle Immigrate. Percorsi di salute e maternità.

Cap. VIII - L’importanza delle dinamiche relazionali: la relazione medico – paziente e le sue problematiche.

8.1 - Le immigrate “attraverso gli occhi” dei medici e degli operatori sanitari.	pg. 242
8.2 - Importanza e centralità della formazione	pg. 266
8.3 - Il ruolo della mediazione interculturale	pg. 269

Cap. IX – Accesso ai servizi, vissuti del parto e spazi di cura transnazionali. Il punto di vista e le esperienze di immigrate filippine e ucraine.

9.1 – La presenza filippina silente, comunitaria e transnazionale: dalle “pioniere” ad oggi.	pg. 286
9.2 – La presenza ucraina: il ruolo delle donne e i segnali di mutamento	pg. 291
9.3 – Flussi migratori a confronto nei contesti di indagine	pg. 297
9.3.1 – I comportamenti sanitari delle donne ucraine e filippine: un’analisi delle statistiche	pg. 303
9.4 – Le caratteristiche del campione a Pisa e a Napoli	pg. 305
9.5 – Il rapporto con i servizi sanitari: le difficoltà di accesso, le dinamiche relazionali, la valutazione del servizio sanitario italiano	pg. 308
9.5.1 – Le immigrate ucraine a Pisa e Napoli	pg. 310
9.5.2 – Le immigrate filippine e il ruolo delle reti comunitarie	pg. 346
9.6 – Narrazioni del parto fra network e diritti lavorativi	pg. 371
9.6.1 – Le esperienze del parto fra le donne ucraine	pg. 373
9.6.2 – I racconti del parto e la centralità delle reti comunitarie fra le immigrate filippine.	pg. 387
9.7 – Spazi di cura trans-nazionali e pluralismo medico.	pg. 400
Conclusioni.	
Le disegualianze legate alle barriere burocratiche e normative	pg. 420
I contesti di indagine: le questioni inerenti l’organizzazione e le reti dei servizi sui territori	pg. 422
Le reti dei servizi nei territori della ricerca	pg. 425
Il dibattito sull’ organizzazione dei servizi	pg. 428
La relazione medico-paziente: l’importanza della formazione e della mediazione interculturale	pg. 430
Le “questioni aperte” inerenti i servizi di mediazione interculturale	pg. 432
I percorsi e i punti di vista delle immigrate: le difficoltà inerenti il rapporto con i servizi sanitari, i vissuti del parto e la creazione di “spazi di cura transnazionali”	pg. 435
Ulteriori prospettive di ricerca	pg. 443
Bibliografia	pg. 447
Sitografia	pg 467
Appendice	

Introduzione

L'equità non equivale ad "uguali opportunità alle cure" ma al "grado di salute conseguito tenendo conto della diversità dei bisogni sanitari" (Sen, 1999)

Prospettiva teorica ed interpretativa ¹

In Italia la presenza straniera, nella quale si intrecciano vecchi e nuovi flussi migratori costituisce una realtà eterogenea ed articolata, che ha assunto sempre più, negli anni, i caratteri di un fenomeno strutturale.² Essa è stata, inoltre, fin da principio caratterizzata da una elevata componente femminile che rimanda, a sua volta, ad un universo variegato e diversificato, ad una "realtà plurale e complessa" (Tognetti Bordogna, 2012 :19), in riferimento alla quale i gender studies, in ambito nazionale e internazionale, hanno oramai riconosciuto, le forme di protagonismo (Morokvasik 1983, 1984, 2003, 2011; Cohen, 1997, Castles e Miller; 1993 Kofman, 2004; Catarino, Morokvasic, 2005; Boyd, 1991; Carling, 2005; Andall J. 2000; Anderson B., 2000, Parrenas, 2001; Bimbi, 2003; Tognetti Bordogna, 2012; Macioti, 2007; Miranda, 2008; de Filippo 2009, Hondagneu – Sotelo, 1994; Balsamo, 1997; Decimo, 2005).³

Sono molteplici, infatti, i percorsi delle donne straniere, le quali "mediano, traducono, reinterpretano" o gestiscono conflitti inter – generazionali (Tognetti Bordogna, 2012:97) e sono sempre più inserite in fitte reti e dinamiche trans-nazionali, mentre creano identità ibride e vanno a rifunzionalizzare,

¹ Il quadro teorico della ricerca è rappresentato dagli studi di genere condotti in ambito migratorio, da quelli di sociologia e antropologia delle migrazioni, dalle ricerche realizzate nel filone dell'antropologia medica e da quelle che hanno focalizzato l'attenzione sulle disuguaglianze di salute.

² Essa costituisce una realtà in rapido mutamento dove le condizioni degli immigrati cambiano di continuo, anche in relazione alle normative di riferimento. Provare a comprenderne i caratteri e le peculiarità, equivale a tentare di cogliere come molti studiosi tra cui Pugliese (2002) hanno evidenziato, un "bersaglio in movimento".

³ Tali studi, in particolare, hanno evidenziato l'importanza della dimensione di genere nel comprendere i fenomeni migratori ed hanno rivelato le forme di misconoscimento nella considerazione della donna nel panorama delle ricerche precedenti, evidenziando le dinamiche in riferimento ai ruoli (Morokvasik, 1984, 2003, Boyd, 1991; Carling, 2005; Andall J. 2000; Anderson B., 2000, Parrenas, 2001; Bimbi, 2003; Tognetti Bordogna, 2012; Macioti, 2007; Miranda, 2008; de Filippo 2009). In considerazione, inoltre, della presenza significativa di immigrate nei più recenti flussi migratori si parla di femminilizzazione dei flussi migratori (Castles, Miller, 1993).

risemantizzare significati fra diversi contesti.⁴ La migrazione, infatti, come ha messo in luce Signorelli, implica una continua risemantizzazione e rifunzionalizzazione di contenuti culturali, assieme alla creazione di nuovi spazi di “domesticità utilizzabile”, concetto che la studiosa ha mutuato dal pensiero dell’antropologo Ernesto de Martino.⁵

Nonostante le condizioni delle migranti siano estremamente differenziate è in ogni caso, possibile individuare percorsi, traiettorie, modelli migratori che ne accomunano la condizione. Numerose indagini, inoltre, hanno riscontrato come da un punto di vista occupazionale le donne straniere si inseriscano, in prevalenza, nell’ambito della collaborazione domestica e dei servizi di cura ed assistenza, rispondendo a una domanda inevasa dagli italiani e alle carenze del welfare familiare (Tognetti Bordogna, 2012, Macioti, 2007, Miranda, 2008, de Filippo 2009; Sassen 2004).⁶ Costituiscono, così, una presenza poco visibile, per certi versi silente.

Le problematiche inerenti l’immigrazione, d’altro canto, sono particolarmente attuali e si pongono al centro della cronaca e dell’agenda politica a livello internazionale, europeo e nazionale.⁷ Il dibattito in questo ambito,

⁴ Le indagini antropologiche nell’ambito della migrazione hanno messo in luce, come i migranti creino “culture ibride” e vadano a “rifunzionalizzare”, “risemantizzare” significati che rielaborano di continuo (Sayad, 2002, Massey e Jess 2001, Signorelli 2006; Canclini, 2000).

⁵ In riferimento ai processi di risemantizzazione e rifunzionalizzazione si rimanda a Signorelli, (2006), (2011). Gli immigrati, secondo la studiosa, si trovano continuamente a dover “*rifunzionalizzare e risemantizzare le novità in enunciati almeno in qualche misura compatibili con il senso del mondo già acquisito*” ed a convertire “*elementi costitutivi di quel senso del mondo già acquisto in qualcosa di utilizzabile, di spendibile nei nuovi contesti di emigrazione*”. (Signorelli, 2006: 41). Il concetto di “domesticità utilizzabile” fa riferimento al fatto che i migranti ritrovandosi in un nuovo contesto devono ancorare le “novità”, ciò che è ignoto a categorie, modi di concepire lo spazio ed il tempo della propria cultura, per questo già noti. (Signorelli, 2006). Porre l’attenzione sui processi d’ibridazione culturale equivale, ribadisce la Signorelli a “*cogliere, descrivere, analizzare*” da un lato i modi “*attraverso cui sono rifunzionalizzati, risemantizzati contenuti culturali introdotti nel locale dai processi globalizzanti*” e dall’altro quelli in cui è convertito “*ciò che è locale specifico idiosincratico, addirittura biografico in materia prima dei processi di globalizzazione*” (Signorelli, 2006: 230).

⁶ Sassen ha evidenziato come la migrazione femminile rientri “nei processi di globalizzazione” in quanto comporta una redistribuzione, a livello globale dei compiti, delle mansioni che tradizionalmente si ritiene spettino alle donne. Secondo tale concezione, così, i fattori spinta si intrecciano a quelli di attrazione. In riferimento al contesto italiano le migrazioni femminili e le loro caratteristiche si ricollegano, dunque, alle peculiarità del sistema di welfare e del mercato del lavoro, o alla scarsa redistribuzione di ruoli domestici fra uomini e donne.

⁷ In maniera apparentemente paradossale il mondo governato dal capitale e dal mercato ha ridotto le distanze, punta ad abbattere le barriere, quelle per la circolazione della merce e del capitale o della comunicazione, ma ne erige altre, quelle per le persone, quelle del razzismo. Barriere di cui, come ha evidenziato Wallerstein, questo sistema-mondo ha bisogno poiché senza di esse non potrebbe sopravvivere⁷ (Wallerstein, 1991: 96). La circolazione di beni merci o simboli, così, è possibile solo “a senso unico quando è controllata dai paesi ricchi o è al servizio dei loro

tuttavia, sempre più permeato da una logica emergenziale relega, sovente, in una zona di opacità le questioni inerenti i diritti che riguardano, in maniera trasversale, sia i vecchi che i nuovi flussi migratori, come quelli in ambito sanitario. Questi, seppure sanciti a livello formale, non sempre trovano applicazione nei territori, a causa dell'intrecciarsi di molteplici fattori e barriere, che possono far riferimento a diversi livelli, in quanto rimandano alle politiche sociali e sanitarie, all'organizzazione dei servizi, ad ambiti più propriamente relazionali o alle condizioni degli stranieri.⁸

Si può ritenere, infatti, che le circostanze e le situazioni legate ai percorsi e ai progetti migratori possano influire sull'accesso ai servizi sanitari delle immigrate,⁹ così come le loro concezioni inerenti la salute, la malattia, la gravidanza, le cure. Concezioni che, come hanno messo in luce le riflessioni condotte nel filone di studi dell'antropologia medica, vanno contestualizzate e considerate come storicamente situate, quali "prodotti umani da analizzare nei loro molteplici processi di produzione" (Quaranta, 2012: XXVII). I modi di intendere la maternità, la gravidanza, ma anche la salute o la malattia, sono così da interpretare in relazione ai contesti sociali e culturali, considerando le problematiche inerenti le dinamiche relazionali e di potere (Kleinman, 1995;

interessi", ed il diritto di movimento, riguarda soltanto lo spostamento di persone appartenenti ai paesi del centro dell'economia-mondo, mentre escludendo dalla "libertà di circolazione" coloro che provengono dai paesi della periferia (Dal Lago; 1999: 253).

⁸ Il filone di studi che focalizza l'attenzione sulle disuguaglianze di salute in ambito migratorio, ha riscontrato come esse siano legate alle politiche, alle normative o alle barriere per l'accesso e la fruizione dei servizi da parte delle immigrate (Geraci, Bonciani, 2011, Tognetti Bordogna, 2012, 2016; Masullo, 2010, Bigot, Russo, 2008; Barsanti Bonciani, 2016; Schirripa, 2014; Fassin, 2004).

⁹ I percorsi sanitari e di maternità siano, così, intrecciati a quelli d'integrazione nei contesti di accoglienza.

In riferimento al concetto di integrazione, nell'ambito degli studi sociologici, vi è un ampio dibattito. Esso è considerato dinamico, per certi versi "controverso" e va contestualizzato, come ha ribadito Ambrosini (2011). Lo studioso, infatti, riferendosi al contesto italiano parla di integrazione subalterna degli immigrati, evidenziando come la loro presenza sia accettata nella misura in cui rientra in settori occupazionali a cui gli italiani non ambiscono (Ambrosini, 2011). L'integrazione, inoltre, può essere considerata un concetto polisemico, multidimensionale, che richiama sia la dimensione qualitativa, sia quella quantitativa e può essere intesa come articolata in diverse variabili e indicatori. Numerose sono le sue definizioni, fra le quali quella della Zincone (2001), che poggia su due assi portanti intendendola sia in termini di "integrità della persona" che di "interazione positiva" (o pacifica convivenza). E' stato evidenziato, inoltre, come non proceda per tappe, fasi successive o stadi, dovendo, invece, essere letta come una sorta di "percorso ad ostacoli" che agisce in maniera selettiva e differente per ogni individuo e nucleo familiare. E' dunque, da intendersi come un percorso "non lineare". La concezione lineare del concetto d'integrazione, infatti, come ha evidenziato Caponio non permette di considerare le "molteplici strategie di inserimento adottate dai diversi gruppi o dagli individui" (Caponio, 2009: 108). Per approfondimenti si rimanda fra gli altri ad Ambrosini, 2011; Miranda Signorelli, 2011; Zincone, 2001.

Good, 1994; Farmer, 2003; Fassin, 2004; Ranisio, 2014; Quaranta, 2006; Seppilli, 2014; Schirripa, 2015). In ambito migratorio, inoltre, tali concezioni rimandano agli universi simbolici dei contesti di provenienza e al contempo ai processi di negoziazione, risemantizzazione ed ibridazione culturale (Sayad, 2002; Massey e Jess 2001; Signorelli 2006).

Un ampio dibattito, in ogni caso, ruota attorno al concetto e alle definizioni di salute, che ne ha evidenziato la complessità e la multidimensionalità. A partire dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) del 1948 che ha inteso la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”, si è riconosciuto come sia necessario prendere in considerazione i fattori socio - economici che possono influire su di essa e tradursi in disuguaglianze, sia nella disponibilità di questo bene fondamentale che nelle opportunità di accesso ai servizi (Istat, 2015).¹⁰ Nell'ambito della più recente letteratura internazionale, tuttavia, sono stati rilevati i limiti di tale definizione ed è stato ribadito come la salute vada intesa quale “capacità di adattamento e di autogestione” dinanzi “alle sfide sociali, fisiche ed emotive” (Huber et al, 2011), in un'ottica “processuale e relazionale”, assumendo “come termini di questa relazione, l'individuo da un lato e il contesto sociale dall' altro”¹¹ (Cervia, 2013: 35, 36).

E' stato, d'altro canto riconosciuto che, qualora si parli di salute, sia importante considerare anche la dimensione di genere,¹² che consente di prendere

¹⁰ Si fa riferimento ai determinanti sociali di salute che corrispondono a fattori personali, socioeconomici e ambientali che possono ripercuotersi sulle condizioni di vita. (OMS). La salute è, così, intesa come un concetto multidimensionale, complesso e come ha evidenziato Biancheri, nel modello bio – psico sociale è superata la visione che considera gli individui in maniera organicistica (Biancheri, 2007: 129).

¹¹ La definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948, che riconosce come essa non rappresenti soltanto l'assenza della malattia ma uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, si è posta, in maniera innovativa e rivoluzionaria, rispetto al passato e nell'ambito di una prospettiva volta a privilegiare la prevenzione che ha portato a ribadire l'importanza dei determinanti sociali ed il contrasto alle disuguaglianze. Il dibattito recente avviato nell'ambito della Conferenza Internazionale ‘Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health’, svoltasi a L'Aia (Olanda) nel dicembre del 2009 ha, tuttavia, messo in rilievo come ad oggi, tale definizione contribuisca, anche se non volontariamente alla medicalizzazione della società “dando forza alle spinte della tecnologia medica e delle industrie farmaceutiche”. Essa non sarebbe, poi, attuale in riferimento ai mutamenti demografici ed epidemiologici intercorsi dalla metà del '900. Tali studiosi, inoltre, hanno rilevato la difficoltà di “rendere operativa” e misurabile la definizione dell'O.M.S. (Huber M., et al., 2011; Godlee, 2011)

¹² Un'ampia letteratura fa riferimento al concetto di genere. La categoria di genere, differenziandosi da quella di sesso (che si riferisce alle differenze fisiche e biologiche), inerisce alla costruzione sociale “che in una determinata cultura viene operata a partire dalle differenze fisiche legate al sesso da cui derivano “ruoli, funzioni e compiti” (Biancheri, 2013: 23. Si fa invece riferimento al concetto di “sistema sesso genere” per evidenziare l’“articolazione multifattoriale e multilivello che comprende tutte le variabili e le caratteristiche sopra descritte” (Biancheri, 2013:

in considerazione le ripercussioni, in tale ambito, delle diverse mansioni ricoperte nella sfera pubblica o nella quotidianità e delle asimmetrie in termini di ruoli (Biancheri, 2007: 123).¹³ “Se si intende parlare di genere in salute”,¹⁴ così, ha evidenziato Biancheri bisogna “ampliare lo sguardo” prendendo in considerazione i sistemi di welfare (Biancheri, 2012), l’integrazione socio – sanitaria, i servizi,¹⁵ come si è prospettato di fare nel corso di questa ricerca.

Gli studi di sociologia e antropologia delle migrazioni, d’altronde, nel focalizzare l’attenzione sull’analisi di percorsi e modelli migratori, sulle svariate dinamiche e traiettorie dei flussi, in continuo mutamento, hanno messo in luce che le storie di vita di coloro che lasciano il loro paese si intrecciano alle politiche o alle specificità dei contesti di partenza e di arrivo (Sayad, 2002; Massey e Jess, 2001; Signorelli 2006; Ambrosini, 2011; de Filippo, 2009; Macioti, Pugliese 2010; Miranda, Signorelli, 2012). Contesti che pertanto, possono, influire considerevolmente sui percorsi di salute, anche in relazione al cosiddetto “effetto specchio” di cui ha parlato Sayad (2002).¹⁶

23). Il concetto di “sex/ gender system è stato elaborato dall’antropologa Rubin (1975) che ricorre ad esso per indicare “processi, adattamenti, modalità di comportamento e di rapporti con i quali una società trasforma la sessualità biologica in prodotti dell’attività umana ed organizza la divisione di compiti fra uomini e donne differenziandoli” fra loro (Piccone, Stella, 1996: 7)

¹³ Da un punto di vista politico è con la Carta di Ottawa (1986) che è stata riconosciuta l’importanza di riprogrammare i servizi sanitari in termini di prevenzione e nel rispetto delle diverse culture, inclusa quella di genere. Nel corso della IV Conferenza mondiale sulle donne, tenutasi a Pechino del 1995, è stata ribadita la necessità di integrare la dimensione di genere anche in ambito sanitario. Ciò sarà poi affermato nel programma dell’OMS Health for all, del 1998 e l’OMS costituirà nel 2002 il Departemet of gender, women and Health.

¹⁴ In Italia il dibattito e le politiche inerenti una visione legata alla medicina ed alla salute di genere si sono affermate con ritardo. Esse fanno riferimento a una sanità e a modalità di cura che prendono in considerazione “il diverso peso che hanno i fattori di sesso e genere” in ambito medico, a partire dagli studi di Healy del 1991. Si riconosce così, la diversa incidenza delle patologie legate a tale dimensione, alle differenze inerenti le “condizioni di lavoro, gli stili di vita, a modelli di acquisizione, utilizzo e scambio di risorse” (Ruspini, Cipolla, 2014: 10). La salute di genere va, così, intesa nei termini di un approccio trasversale che si propone di superare la presunta neutralità della medicina, costruita invece a partire da una prospettiva maschile (Ruspini, Cipolla, 2014: 10). Essa a partire dal riconoscimento che il genere “attraversa tutti gli aspetti della vita individuale e sociale”, consente di “cogliere l’intreccio” fra fattori “strettamente biologici” e quelli legati alla “interpretazione e costruzione dei corpi sociali maschili e femminili” (Ruspini, Cipolla, 2014: 9). Per approfondimenti si rimanda a Mori, 2014; Signani, 2014; Cipolla Ruspini, 2014; Biancheri, 2007; Ministero della Salute, 2016.

¹⁵ Si rimanda al sito web del *The Italian Journal of gender specific medicine* <http://www.gendermedjournal.it/>. Per la studiosa l’attenzione all’ appartenenza di genere nell’ambito della salute implica, inoltre, la considerazione dei “ruoli” svolti, dei “corsi di vita”, della “conciliazione dei tempi di vita” e della condivisione del lavoro di cura nelle famiglie (Biancheri, 2007: 131).

¹⁶ Con tale espressione si fa riferimento al fatto che i migranti si inseriscono nei contesti di arrivo rispecchiandone le problematiche (Sayad, 2002).

Numerosi studi hanno, poi, focalizzato l'attenzione sull'importanza della dimensione relazionale e delle reti sociali in ambito migratorio (Tilly, 1990; Massey, 1988; Portes, 1995; Portes, 1995; Aderson, 2000; Parrenas, 2001; Decimo, 2005; Spanò, Zaccaria, 2003), evidenziando come possano costituire, al contempo, una "risorsa" ed un "vincolo" (Ambrosini, 2006),¹⁷ e caratterizzarsi anche in un'ottica di genere (Aderson, 2000; Parrenas, 2001; Decimo, 2005; Spanò, Zaccaria, 2003; Ambrosini, 2008; Massey, 1988; Tognetti Bordogna, 2008). I network sociali a cui gli immigrati fanno riferimento, infatti, possono rappresentare una importante risorsa nel veicolare valori informazioni e possibilità in riferimento all'accesso ai servizi sanitari o per i percorsi di maternità.¹⁸

Le indagini più recenti, in ogni caso, hanno focalizzato l'attenzione sulle reti transnazionali ribadendo come una lettura che tenga conto esclusivamente del sistema di cura del paese di accoglienza non consente di comprendere "quali siano le risorse messe in atto dai migranti", né ciò che esse sottendono (Tognetti Bordogna, 2016). Nell'ambito della concezione per la quale la migrazione va sempre più a delinarsi lungo traiettorie e spazi transnazionali (Glick Schiller, 1992; Portes, Guarnizo, Landolt, 1999; Ambrosini, 2008; Sassen, 1999),¹⁹ così, alcune indagini hanno constatato come, anche da un punto di vista medico e sanitario, gli immigrati mettano in atto delle pratiche trans-nazionali di cura (Zanini G., Raffaetà R. Krause K., Alex G. 2013; Dyck, Dossa, 2007; Krause 2008; Dyck 2006; Collins 2008). Si parla a riguardo di "spazi di cura" o terapeutici "transnazionali" per evidenziare come, sovente, coloro che emigrano facciano riferimento a risorse e network che travalicano i confini nazionali e alla possibilità di accedere, qualora ne sentano la necessità, a più di un sistema

¹⁷ Le reti, per lo studioso, possono rappresentare una risorsa fornendo ausilio e sostegno a diversi livelli. Esse tuttavia, possono essere vincolanti, ad esempio, in ambito lavorativo non favorendo la mobilità occupazionale e influenzando sulle forme di segregazione occupazionale che possono riguardare l'occupazione delle immigrate in particolari segmenti dei servizi alla persona e in ambito domestico (Ambrosini, 2006).

¹⁸ Alcune indagini hanno fatto riferimento al concetto di capitale sociale nell'accesso alla salute: in questa ricerca, tuttavia, ho preferito non fare riferimento a tale concetto che come ha evidenziato Portes può essere considerato per certi versi controverso ed ambiguo (Portes, 2013) ma piuttosto di focalizzare l'attenzione esclusivamente sul ruolo svolto dalle reti sociali.

¹⁹ La globalizzazione e la femminilizzazione dei flussi dei flussi migratori rappresentano alcune delle caratteristiche peculiari delle attuali migrazioni, per interpretare le quali si fa sempre più riferimento al trans-nazionalismo, categoria concettuale attorno alla quale ruota un ampio dibattito. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Ambrosini, 2008; Miranda, Signorelli 2012 Glick Schiller, 1992; Portes, Guarnizo, Landolt, 1999, Ambrosini, 2008, Sassen, 1999

sanitario nazionale o a diverse pratiche ed approcci medici (Kane, 2012; Krause, 2008; Murphy e Mahalingam, 2004).

Le forme pluralismo medico, infatti, si snodano sempre più lungo traiettorie transnazionali.

A partire da tali presupposti la ricerca è stata condotta nella prospettiva per la quale la migrazione femminile, vista la complessità delle situazioni, necessita di una “pluralità di sguardi e di approcci”, mentre diviene essenziale, per cogliere il carattere “dinamico, multidimensionale, stratificato dei flussi” (Tognetti Bordogna, 2012: 19) seguire una chiave interpretativa che sia in grado di coniugare la dimensione macro, micro e anche meso (Ambrosini, 2011). E’ solo attraverso un “sguardo che metta a fuoco sistematicamente le diverse dimensioni che è possibile coglierne le specificità”, ma anche le “potenzialità” (Tognetti Bordogna, 2012:83). Attualmente, inoltre, si ritiene che per poter spiegare adeguatamente i fenomeni migratori sia importante prendere in considerazione l’intreccio di fattori soggettivi (quali quelli socio – demografici, motivazionali, individuali e familiari) e relazionali (come le reti di migranti e quelle istituzionali), assieme alle le categorie di genere, classe, gruppo geo – culturale di provenienza.²⁰

In questo lavoro di ricerca, così, nell’ interpretare le esperienze delle immigrate, si è prospettato di prendere in considerazione le dimensioni relazionali e il ruolo svolto dai network migratori, considerandone l’articolazione sia a livello locale che transnazionale.²¹

Questa indagine è stata condotta, inoltre, nella consapevolezza che sia necessario considerare la migrazione femminile nella sua processualità, nella sua evoluzione temporale e con un sguardo multidimensionale. Ciò in considerazione del fatto che i più recenti studi considerano i fenomeni migratori non semplicemente legati a fattori di attrazione e spinta, o come processi lineari, bensì in maniera

²⁰ La prospettiva strutturalista è stata così affiancata da ulteriori prospettive che considerano anche le dimensioni esistenziali e relazionali.

²¹ Numerose infatti sono le ricerche che hanno evidenziato come sia significativo tanto il ruolo svolto dalle reti trans-nazionali, esistenti fra migranti e non migranti, quanto quello dei network locali di amicizia, parentela, appartenenza nelle località di immigrazione (Massey, 1982; Glick Schiller, 1992; Portes, Guarnizo, Landolt, 1999, Ambrosini, 2008, Sassen, 1999).²¹

processuale come “un complesso sistema di più fattori fra loro inter – dipendenti”, articolati e mutevoli (Tognetti Bordogna, 2014, 19).

Si riconosce, per altro, come per comprendere “appieno le specificità dei flussi migratori” (Tognetti Bordogna, 2014: 85) sia importante condurre uno studio approfondito “dei singoli gruppi” adottando una prospettiva storica che sia capace di cogliere le articolazioni fra locale e globale (Signorelli, 2006; Tognetti Bordogna, 2012). Tale prospettiva integrata ad una disamina delle statistiche a disposizione può consentire di approfondire dinamiche, mutamenti, peculiarità dei flussi migratori presi in considerazione.

La domanda di ricerca e gli obiettivi

Questa ricerca è stata condotta con l’obiettivo di studiare le problematiche inerenti l’accesso e la fruibilità ai servizi sanitari delle donne straniere soprattutto in riferimento alla maternità e alla salute femminile, prendendo in considerazione i loro bisogni, le difficoltà, le dinamiche relazionali ed evidenziando il ruolo svolto dalle reti in cui sono inserite, ma anche dalle politiche sociali e sanitarie territoriali.

La decisione di adottare una prospettiva di genere si ricollega al fatto che tale dimensione rappresenta una chiave di lettura fondamentale nella comprensione dei fenomeni in ambito migratorio, poiché ne influenza le traiettorie, le reti e le problematiche, come hanno messo in luce i gender studies (Morokvasik, 1984, 2003, Boyd, 1991; Carling, 2005; Andall J. 2000; Anderson B., 2000, Parrenas, 2001; Bimbi, 2003; Tognetti Bordogna, 2012; Macioti, 2007; Miranda, 2008; de Filippo 2009; Balsamo, 1997; Decimo, 2005; Kofman, 2004). Essere una ricercatrice donna, d’altro canto, può consentire di accedere ad universi simbolici, a spazi di vita e culturali propriamente femminili e ciò sembra essere particolarmente vero soprattutto in un ambito come quello della salute.²²

In questa ricerca, inoltre, è stata focalizzata l’attenzione in prevalenza, sui percorsi di salute nell’area materno infantile. Ciò in riferimento al fatto che gli studi sulla salute e la condizione femminile nei contesti migratori hanno rilevato

²² Alcuni studi in ambito antropologico hanno messo in evidenza come il genere sia anche nella ricerca una dimensione significativa, come ad esempio gli studi di Vanessa Maher fra le donne in Marocco (Maher, 1993).

come le immigrate si rivolgano ai sistemi sanitari in misura maggiore rispetto agli uomini e, per lo più, per questioni legate alla gravidanza, alla salute riproduttiva o quali “care givers” per il benessere dei loro bambini. Tali ambiti di indagine rappresentano, pertanto, “punti di osservazione utili per comprendere la condizione delle donne straniere”, il “capitale di salute” dei loro bambini o per la “realizzazione di programmi e strategie di politica sanitaria”, come ha evidenziato Tognetti Bordogna (2012). Essi costituiscono una delle aree in cui persistono considerevoli problematiche, nonostante l’attenzione prestata, negli anni, dalle politiche e dalla ricerca (Agenas, 2013, Lombardi, 2005, Tognetti Bordogna, 2008).²³ La “dimensione della salute”, d’altro canto, analizzata attraverso la prospettiva di genere, si “interconnette alla riproduzione”, “attraverso il corpo femminile” sia nel corso della gravidanza, al momento parto, che nei percorsi genitoriali, come ha evidenziato Lombardi (Lombardi, 2014: 149).

A partire, poi, dalla constatazione che, come hanno rilevato le indagini nell’ambito dell’immigrazione e della salute (Geraci, Bonciani, 2011, Bigot, Russo, 2008), vi siano in Italia molteplici disomogeneità e diseguaglianze fra i diversi contesti territoriali, legate a politiche, normative, prassi,²⁴ in questo lavoro di tesi è stata focalizzata l’attenzione su due casi studio in territori regionali considerevolmente differenti per management e organizzazione dei servizi sanitari, le città di Pisa e Napoli. Prestare attenzione alle politiche locali, come è stato evidenziato dagli studi inerenti le diseguaglianze in tale ambito, è importante in virtù del fatto che spetta proprio alle Regioni e alle Province Autonome la competenza esclusiva “nella regolamentazione ed organizzazione dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute”, nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010: 17). E’ a livello locale, inoltre, che “si rispecchiano le garanzie di equità nell’assistenza” in riferimento alla “salute per gli stranieri” (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010: 17).

La situazione della sanità nella Regione Campania che rientra in un modello gestionale “residuale”²⁵ (Dimasi, 2013: 25), è complessa e problematica e per far fronte alle questioni di risanamento economico finanziario, fin dal 2009 è

²³ Per approfondimenti a riguardo si rimanda al Capitolo II

²⁴ Per approfondimenti a riguardo si rimanda al Capitolo III.

²⁵ Si rimanda, per ulteriori approfondimenti, al Capitolo III

stato nominato un commissario.²⁶ La Toscana, invece, ha messo in atto un modello gestionale basato su “integrazione e cooperazione” che per erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, in una indagine comparativa delle politiche regionali a livello sanitario, è risultato essere al primo posto fra le regioni italiane (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2015). I contesti di indagine scelti, i territori di Pisa e Napoli, pertanto si differenziano notevolmente fra loro in termini di dimensionalità e per le politiche sociali e sanitarie. A Pisa, in particolare, analogamente ad altre realtà territoriali toscane, tutte le progettualità che riguardano le donne straniere e la salute sono gestite nell’ambito della Società della Salute, consorzio sorto in via sperimentale agli inizi del 2000, con l’intento di individuare una soluzione organizzativa adeguata per la presa in carico integrata dei bisogni sociali e sanitari della persona. Ci si può domandare se tale modello di governance sanitaria possa influire sui percorsi di accesso ai servizi sanitari delle immigrate, favorendo i processi partecipativi della cittadinanza, così come la messa in rete delle competenze o delle informazioni e quali possano essere invece, a riguardo, le problematiche. Gli ambiti di indagine considerati, inoltre, si differenziano anche in relazione alla presenza straniera,²⁷ seppure in entrambi i contesti, vi sia una quota considerevole di immigrate, impegnate in prevalenza nell’ambito dei servizi alla persona e della collaborazione domestica. Ci si può chiedere, così, tenendo conto dei diversi modelli migratori, se e in che modo la gestione delle politiche socio-sanitarie possa influire sulle possibilità, sui percorsi di accesso ai servizi delle immigrate, nell’ambito della salute materno infantile.

Nel corso di questa ricerca, dunque, mi sono riproposta di approfondire come le politiche sociali e sanitarie, assieme alle condizioni in cui versano le immigrate e alle reti in cui sono inserite, possano influire sui loro percorsi di

²⁶ Tale situazione si ricollega anche al fatto che, come ha evidenziato Landolfi, le riforme orientate al federalismo fiscale, hanno penalizzato le regioni del Sud Italia, in quanto è prevalso un criterio di finanziamento in ambito sanitario legato all’età. Le regioni meridionali, costituite da una popolazione più giovane pertanto ricevono una quota di finanziamenti minore (Landolfi, 2014: 58).

²⁷ I modelli, i percorsi migratori nei diversi contesti territoriali si differenziano in relazione alle diverse opportunità di inserimento, alle peculiarità del mercato del lavoro, alle politiche sociali, ma anche al ruolo svolto dai network migratori, e in particolare dalle reti migratorie trans-nazionali, come evidenziato dagli studi che focalizzano l’attenzione sulla geopolitica delle migrazioni (Sassen, 1999), sull’analisi dei percorsi e modelli migratori in Italia (Macioti, Pugliese 2010, de Filippo 2014, Ambrosini, 2011, Miranda, Signorelli, 2012) o sulle reti trans-nazionali (Glick Schiller, 1992; Portes, Guarnizo, Landolt, 1999, Ambrosini, 2008).

salute, sulle loro possibilità di accedere ai servizi socio – sanitari, sui vissuti inerenti la maternità e il parto, eventi cruciali nella costruzione dell'identità femminile fortemente connotati simbolicamente e da un punto di vista “sociale e culturale” (Jordan, 1978, 1984; Kitzinger, 1978; Sheper-Hughes, Lock, 1987; Duden 1994, 2006; Davi Floyd e Davis, 2010; Ranisio 1996, 2006, 2010, 2012; Giacalone 2013; Falteri 2013; Pizzini 1999).²⁸

In un'ottica esplorativa, così, questa ricerca ha inteso considerare tale ambito di indagine da più punti di vista e prospettive, adottando un approccio multilivello che tenga conto e integri la dimensione macro, meso e micro dei fenomeni sociali. E' stata, infatti, condotta un'analisi dei contesti di indagine, le città di Pisa e Napoli, approfondendo il ruolo svolto dalle politiche sanitarie e da quelle di integrazione e di rete fra gli ambiti socio – sanitari.²⁹ L'indagine si è poi soffermata sulla dimensione relazionale, ovvero sulle relazioni fra medici, operatori sanitari e immigrate e infine, a livello micro, sulle storie, le esperienze, i vissuti, i punti di vista delle immigrate, a partire dalle interviste condotte.

Ho inteso, pertanto, perseguire i seguenti obiettivi:

- condurre una *indagine dei contesti di Pisa e Napoli* al fine di comprendere come in essi le reti di servizi e progettualità che coinvolgono la salute delle donne immigrate tentino di rispondere alle loro esigenze,³⁰ a partire da una loro mappatura, da una disamina delle statistiche sanitarie ed inerenti la presenza straniera e dalle interviste ad informatori privilegiati;
- realizzare un approfondimento presso alcuni *servizi* nei due territori ed in particolare, i consultori, attraverso un'attività di osservazione e l'analisi delle statistiche a disposizione;

²⁸ In Italia in particolare un ampio dibattito su tali tematiche ha preso avvio a partire dal convegno Le culture della nascita svoltosi a Milano nel 1985. Per ulteriori approfondimenti in riferimento si rimanda a Ranisio, 2012.

²⁹ Per l'approfondimento dei contesti di indagine ci si è soffermati, così, anche sul ruolo svolto dalle reti e dall' integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario che nella città di Pisa e Napoli si differenziano considerevolmente.

³⁰ Questa dimensione è stata presa in considerazione in virtù del fatto che alcune ricerche condotte nell'ambito della salute e dell'accesso ai servizi degli immigrati ne hanno messo in luce l'importanza. (Bonciani, 2005; Masullo, 2010; Bigot Russo, 2008). Esse hanno, infatti, evidenziato come le reti e le politiche volte a integrare servizi, enti e organizzazioni appartenenti all'ambito sociale e sanitario, possano favorire la diffusione di informazioni, la risoluzione di problemi e barriere burocratiche o amministrative e dunque, le stesse possibilità dei migranti di accedere e usufruire dei servizi sanitari (Bonciani, 2005; Masullo, 2010; Bigot Russo, 2008). Alcuni studi hanno, infatti, riscontrato una considerevole carenza di informazioni in riferimento ai diritti di salute, sia fra gli stranieri che fra operatori sanitari o amministrativi (Bonciani, 2005; Nuit, Maciocco, Barsani, 2012).

- analizzare il *punto di vista, la percezione di medici ed operatori sanitari* in riferimento alle problematiche dell'utenza femminile immigrata ed alle dinamiche relazionali nei servizi presi in considerazione dalla ricerca;
- approfondire il *punto di vista delle immigrate*, in relazione alle difficoltà ad accedere ai servizi, alle problematiche relazionali, a partire dalle loro esperienze, dai loro vissuti nell'ambito della salute e della maternità.

La decisione di svolgere parte della ricerca presso i consultori familiari, si ricollega al fatto che precedenti studi, condotti in Italia, hanno riscontrato come le immigrate, rivolgendosi alla sanità pubblica soprattutto per questioni legate alla maternità ed alla salute riproduttiva, facciano riferimento a tali servizi in proporzione maggiore rispetto alle italiane (Tognetti Bordogna, 2008; Lombardi, 2005). Essi possono essere considerati, pertanto, luoghi privilegiati di indagine.

Per un approfondimento dei punti di vista, delle problematiche, dei vissuti delle immigrate è stata focalizzata l'attenzione su due collettività, inserite a livello occupazionale, in prevalenza nell'ambito delle attività domestiche o di cura e assistenza: quella ucraina e filippina.

Tale scelta si ricollega al fatto che donne di questa nazionalità presentano modelli migratori simili ed al contempo, differenti e sono presenti in maniera significativa in entrambi i territori di indagine.

Alcune indagini, per altro, hanno evidenziato come vi possano essere delle differenze, fra tali collettività di immigrate, in riferimento all'accesso ed alla fruizione dei servizi sanitari (Istat, 2015; Carrillo D., Sarli A., 2012). Queste hanno riscontrato come coloro che provengono dall'Europa dell'Est, si rivolgano ai servizi sanitari con più frequenza, mentre immigrati provenienti dalle Filippine, pur essendo fra le comunità di più antico insediamento in Italia, sono fra i gruppi che fanno meno ricorso ad essi (Istat, 2015; Carrillo D., Sarli A., 2012).³¹

In riferimento così, ai percorsi di salute femminile e maternità delle immigrate filippine e ucraine la domanda posta in questa ricerca, attiene a quali

³¹ Per un approfondimento inerente tale scelta ed un confronto fra i due flussi migratori si rimanda al Capitolo IX. Si è deciso di partire dal basso, in tal caso, poiché far riferimento alle immigrate che si rivolgono ai servizi avrebbe significato considerare esclusivamente il punto di vista di quella che rappresenta una utenza "emersa" e dunque un campione che non avrebbe tenuto conto delle situazioni che restano nel sommerso.

siano le difficoltà che le donne incontrano per l'accesso o la fruizione dei servizi sanitari nei due territori presi in considerazione e a cosa si ricolleghino. E' possibile, inoltre, domandarsi se vi siano delle differenze, fra le donne di queste due nazionalità, in riferimento all'accesso ai servizi sanitari nei due contesti di indagine. Quali i vissuti, gli itinerari, collegati alla gravidanza e al parto? Quale il ruolo dei network femminili locali o transnazionali volti a favorire l'orientamento e l'accesso ai servizi sanitari? Come si differenziano tali reti?

La ricerca è stata così condotta nella consapevolezza che è importante focalizzare l'attenzione anche su quella parte della presenza straniera stabile, poco visibile, silente sul territorio nazionale, che necessita di politiche e risposte che vadano oltre la logica emergenziale ed inoltre che è importante garantire diritti, ma al contempo monitorare, affinché quelli acquisiti siano realmente fruibili e accessibili.

Articolazione della tesi

La prima parte della tesi è volta ad affrontare i nodi teorici in riferimento alle migrazioni femminili, alle questioni collegate alla salute alla maternità, alle disegualianze nell'accesso ai servizi e al dibattito inerente la loro organizzazione.

Nel primo capitolo si andrà a focalizzare l'attenzione, sugli studi che hanno preso in considerazione il ruolo e la centralità delle donne nella migrazione e sul progressivo affermarsi di una prospettiva di genere, sia a livello nazionale che internazionale. Si vedrà, così, come i gender studies abbiano restituito visibilità alla complessità che caratterizza i contemporanei i flussi migratori femminili e al contempo, inquadrato quelli del passato in un'ottica nuova e non riduttiva. Si prenderanno, inoltre, in considerazione le ricerche che si sono soffermate sull'importanza delle reti sociali, sull'evoluzione della presenza di donne straniere in Italia, sui diversi percorsi e modelli migratori ed infine, sulle modalità di inserimento occupazionale. Modelli, profili e tipologie migratorie, per altro, possono essere considerati quali estremi di un continuum o alla stregua di ideal - tipi, da intendersi in senso weberiano, che aiutano a comprendere e interpretare la complessità della migrazione femminile, sebbene nella realtà essi possano intrecciarsi fra loro e presentare confini non sempre definiti, come categorie che si sfumano l'una nell'altra.

Nel secondo capitolo, invece, saranno prese in considerazione, più nello specifico, le questioni legate alla salute, alla gravidanza, al parto e alle difficoltà delle immigrate inerenti l'accesso o la fruizione ai servizi sanitari, passando in rassegna gli studi che si sono soffermati su tali ambiti di indagine. Saranno approfondite, inoltre, le riflessioni condotte in ambito antropologico, sugli aspetti sociali e culturali legati all' "evento bio – sociale" della nascita (Ranisio, 2012: 8) e sulla medicalizzazione del corpo femminile. Saranno, poi, prese in considerazione le statistiche, a livello nazionale, che riguardano la maternità e il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza delle donne straniere, che consentono di desumere importanti informazioni sulle caratteristiche delle neo – madri o sugli ostacoli che possono incontrare nel rapportarsi al sistema sanitario.

Nel terzo capitolo si passerà in rassegna l'evoluzione delle normative in tema di salute e immigrazione, per poi evidenziare come le diseguglianze generate dalla eterogeneità territoriale prodotta dalle riforme del sistema sanitario attuate a partire dagli anni '90, si intrecciano a quelle che si ricollegano all'attuazione di norme specifiche inerenti l'immigrazione, nei diversi contesti territoriali. Si focalizzerà, quindi, l'attenzione sulle politiche sanitarie in ambito migratorio messe in atto nel contesto regionale campano e in quello toscano. Si prenderà, infine, in considerazione l'Accordo, sancito nel 2012, fra Stato Regioni e Province Autonome volto a uniformare le normative e le disposizioni esistenti sul territorio nazionale, evidenziando come rappresenti, tuttavia, un percorso ancora incompiuto. Alcune considerazioni finali saranno volte ad analizzare, in riferimento al concetto di "cittadinanza sanitaria" (Schirripa, 2015), elaborato nell'ambito dell'antropologia medica.

Nel quarto capitolo si andrà ad approfondire il dibattito che ruota attorno alle questioni inerenti le modalità organizzative dei servizi rivolti alle utenze straniere, prendendo in considerazione le riflessioni e le indagini condotte nell'ambito degli studi sociologici e di antropologia medica, come quelli di Dider Fassin (2004), Shirripa (2002), Padovan e Alietti (2008), Sen (1999). Si andrà poi a focalizzare l'attenzione, sulle caratteristiche, sui punti di forza e sulle difficoltà di servizi che svolgono un ruolo significativo nell'ambito della salute femminile e che rivestono per le immigrate una considerevole importanza: i consultori familiari. "Luoghi di frontiera fra istituzioni e società civile" come li ha definiti

Grandolfo (1995:13), tali servizi rappresentano, inoltre, le prime strutture ad “integrazione socio – sanitaria” (Papa, Arsieri: 2003).

Nella seconda parte della tesi ci si soffermerà sull’articolazione e i percorsi della ricerca e si andranno ad approfondire i contesti di indagine analizzati.

Il capitolo V, in particolare, è volto ad illustrare l’approccio metodologico adottato, in relazione agli obiettivi posti, all’ambito spazio temporale, agli strumenti di indagine utilizzati e alle fasi in cui, la ricerca, è stata articolata. Si andrà, così, a delineare e descrivere il percorso compiuto evidenziando i vari “step” della indagine, dalla fase di ricerca di sfondo a quella sul campo, condotta nei territori di Napoli e Pisa attraverso un’attività di osservazione presso i servizi consultoriali, di osservazione-partecipante nei contesti frequentati dalle donne straniere e a partire dalle interviste condotte. Un focus riguarderà, in particolare, le interviste svolte agli informatori privilegiati, ai medici, agli operatori sanitari e alle immigrate filippine e ucraine, nei due contesti di indagine della ricerca.

Nel Capitolo VI si analizzeranno le caratteristiche della presenza straniera femminile in Campania e a Napoli, le statistiche inerenti l’accesso ai servizi sanitari, per poi focalizzare l’attenzione sulle attività, le specificità, le reti dei servizi sociali e sanitari che svolgono sul territorio un ruolo particolarmente significativo nell’ambito della salute delle donne immigrate. Saranno, pertanto, prese in considerazione le modalità organizzative dei consultori, che lavorano in rete con gli ambulatori per stranieri irregolari, assieme ad alcune realtà che rappresentano importanti punti di riferimento per le immigrate: il Centro Tutela Salute Immigrati, ubicato presso l’Ospedale Ascalesi e l’ambulatorio ostetrico ginecologico dell’Ospedale Villa Betania. Ci si soffermerà, quindi, sulle problematiche inerenti i servizi di mediazione inter –culturale, legate alla loro instabilità e in particolare, su due progettualità che hanno rappresentato esperienze significative sul territorio, le cui attività sono state interrotte nel periodo della ricerca: il progetto regionale di mediazione Yalla e il servizio di mediazione dell’ambulatorio ostetrico ginecologico rivolto ad immigrate, del II Policlinico. Sarà, quindi, preso in considerazione il ruolo svolto, per la tutela della salute delle donne straniere, da interventi specifici come il Progetto Equità stanziato dalla Regione Campania e da alcune progettualità del privato sociale.

Nel Capitolo VII, si andrà, invece, ad approfondire il contesto pisano, attraverso un’analisi delle caratteristiche della presenza straniera femminile sul

territorio e prendendo in considerazione la rete dei servizi in ambito sociale e sanitario. Si approfondiranno, quindi, le politiche migratorie locali e le specificità del modello sanitario toscano, analizzando, più nello specifico, il ruolo svolto dalla Società della Salute, che gestisce gran parte delle progettualità rivolte alle donne straniere. Ci si soffermerà, poi, sulle modalità organizzative dei consultori pisani e sulle attività rivolte all'utenza straniera, focalizzando l'attenzione sul "consultorio immigrati", sorto più di venti anni fa, quale progetto sperimentale, per far fronte alle situazioni più problematiche. Un'analisi delle caratteristiche della utenza immigrata presso i servizi consultoriali è stata condotta a partire dai dati forniti dal servizio flussi informativi dell'E.S.T.A.R. (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale) dell'AUSL Toscana Nord Ovest. Analogamente al contesto napoletano, anche nella realtà pisana saranno presi in considerazione i punti di forza e di debolezza dei servizi di mediazione interculturale, attivati sia presso i presidi ospedalieri, che presso l'Azienda Sanitaria Locale, e affidati alla Cooperativa Sociale Arnera. Ci si soffermerà, infine, sul ruolo svolto da apposite progettualità gestite da enti del privato sociale nel facilitare i percorsi di salute e maternità delle immigrate.

A conclusione dei Cap. VI e VII, volti ad approfondire i contesti di Pisa e Napoli, sono state avanzate alcune riflessioni in riferimento alle specificità e alle eventuali problematiche, delle reti dei servizi sociali e sanitari impegnati nell'ambito della salute delle immigrate, a partire dalle considerazioni, dai punti di vista e dalle percezioni emerse nel corso delle interviste agli informatori privilegiati.

Nell'ultima parte della tesi si andrà a focalizzare l'attenzione sulle problematiche, sui percorsi inerenti l'accesso e la fruizione ai servizi sanitari delle immigrate e sugli aspetti relazionali che possono influire su di essi, a partire dalle interviste svolte ai medici, agli operatori sanitari e alle donne straniere.

In particolare nel Capitolo VIII ci si soffermerà sull'importanza delle dinamiche relazionali, prendendo in considerazione la relazione medico – paziente e le sue problematiche, a partire dalle indagini condotte nella prospettiva dell'antropologia medica ed in quella più propriamente sociologica (fra cui quelle di Quaranta, 2012; Masullo, 2010; Bigot, Russo; 2008, Tognetti Bordogna 2008; Falteri, Giacalone 2013; Padovan, Alietti, 2008; Fantauzzi, 2010; Kleinman, 2006, 1995, 1980; Good, 1999, 2006; Fassin, 2001, 2004; Mazzetti, 2005; Colasanti, Geraci, 1995). Saranno, quindi, prese in considerazione le

rappresentazioni e le percezioni di medici ed operatori sanitari inerenti le difficoltà relazionali delle utenti immigrate, così come sono emerse nel corso delle interviste condotte e dell'attività di osservazione realizzata presso i servizi. Saranno, infine, approfonditi il ruolo e l'importanza svolti, in ambito relazionale, dalla formazione e dalla mediazione interlinguistica e interculturale, evidenziando come si tratti di aspetti fortemente interconnessi fra loro.

Nell'ultimo Capitolo si andrà a focalizzare l'attenzione sul punto di vista, sulle esperienze, delle immigrate di origine ucraina e filippina a Napoli e a Pisa in riferimento al rapporto con i servizi sanitari, ai vissuti del parto e della maternità. Dopo aver preso in considerazione e confrontato le dinamiche dei due flussi migratori, anche attraverso un approfondimento delle statistiche, ci si soffermerà sulle peculiarità del campione delle donne intervistate. Saranno, quindi, approfondite le difficoltà, le problematiche inerenti l'accesso ai servizi nei due territori e i percorsi delle immigrate in riferimento alla maternità a partire dalle loro narrazioni e testimonianze. Si vedrà, poi, come le migranti vadano a ricreare "spazi di cura transnazionali" e facciano al contempo riferimento a forme di pluralismo medico, evidenziando le molteplici ibridazioni nell'ambito dei loro percorsi di cura o di quelli inerenti la gravidanza e il parto.

Le riflessioni, le considerazioni e le analisi sono state avanzate nella prospettiva per la quale, come ha ribadito Seppilli (2014), la salute debba essere considerata alla stregua di un "bene comune". Essa, come ha evidenziato Ranisio riprendendo le riflessioni dello studioso, rientra, infatti "fra quei beni essenziali alla vita dell'uomo che non dovrebbero essere affrontati con la logica del mercato e del profitto", ma "tutelati come beni collettivamente controllati e potenzialmente disponibili per tutti", per cui la loro difesa e la loro promozione dovrebbero essere obiettivo comune (Ranisio, 2015: 30).

Parte I

Migrazioni e salute

CAPITOLO I

I molteplici volti dell'immigrazione femminile in Italia fra trans-nazionalismo e reti sociali

Le situazioni e le condizioni delle donne straniere in Italia, come è stato riconosciuto dagli studi in tale ambito, sono estremamente eterogenee, rendendo l'esperienza della migrazione un processo, per certi versi, unico e in continuo divenire. I percorsi e i progetti migratori rimandano infatti, ad una molteplicità di fattori, fra cui le diverse motivazioni che spingono le donne a partire nell'ambito di strategie individuali o più frequentemente parentali, l'età, la regolarità delle modalità di partenza e soggiorno, le condizioni familiari, lavorative o abitative nel paese di origine e nei contesti di arrivo, le reti sociali presenti sul territorio di immigrazione o quelle di carattere prevalentemente trans-nazionale, le prospettive per il futuro che possono rendere il vissuto migratorio transitorio o più stabile. Elementi questi, che “plasmano considerevolmente, il modo di situarsi delle straniere nel nuovo contesto” (Tognetti Bordogna, 2014: 100).

E' in ogni caso, possibile individuare traiettorie comuni, che si ricollegano al ruolo svolto dalle appartenenze e dalle provenienze geo - culturali, ai network sociali in cui le donne sono inserite, alle possibilità delle località arrivo, alle dinamiche della domanda di lavoro,³² ma anche agli stereotipi o ai pregiudizi nei confronti delle straniere.

Diversi possono essere così i vissuti di donne che giungono in Italia per motivi di lavoro, per lo più inserendosi in attività di cura o assistenza domestica, da quelli di immigrate che vi arrivano per ricongiungimento familiare, sovente per raggiungere il partner, “donne al seguito”, alle quali la letteratura recente ha, in ogni caso, riconosciuto forme di protagonismo.³³ Differenti possono essere ancora i percorsi di profughe, richiedenti asilo o rifugiate politiche, da quelli di migranti

³² In riferimento ai fenomeni inerenti le dinamiche del mercato de lavoro, e le caratteristiche del sistema di welfare si rimanda fra gli altri a Pugliese, 2002.

³³ Si rimanda per questo a Kofman in Signorelli Miranda 2011; Morokvasik 1983,1984,2011; Miranda, 2008; de Filippo, 2009; Tognetti Bordogna, 2012.

che restano imbrigliate nell'ambito dei circuiti della tratta e dello sfruttamento prostituzione.

La presenza femminile straniera in Italia, come nei paesi del sud Europa, ha fin da principio un "carattere, una centralità e una visibilità" in precedenza "sconosciute" (De filippo; 2009: 10).

Le donne hanno, infatti, una considerevole importanza nei flussi migratori, sia perché ne costituiscono una componente statisticamente significativa, sia per il ruolo di "primo – migranti" che assolvono in essi.³⁴

La centralità della componente femminile nel contesto nazionale si ricollega alle dinamiche inerenti i fenomeni migratori, che a partire dagli anni '70, quando il paese ha iniziato a divenire sempre più meta di immigrazione, si realizzano in un quadro di de - industrializzazione e di aumento della domanda nel settore dei servizi (De filippo; 2009: 9). La presenza straniera in Italia si presenta, così, come hanno evidenziato diversi ricercatori, con caratteri nuovi e peculiari rispetto alle migrazioni intraeuropee degli anni '50 e '60 (De filippo; 2009: 9) ed al contempo analoghi a quelli degli altri paesi della sponda nord del Mediterraneo, per i quali si è parlato, pertanto, del cosiddetto "modello mediterraneo della migrazione" (Pugliese, 2002).³⁵

Castles e Miller, d'altro canto, hanno evidenziato come nelle nuove migrazioni internazionali la presenza femminile assuma ovunque un ruolo fondamentale, e parlano in tal senso di "*femminilizzazione dei flussi migratori*

³⁴ Per un approfondimento delle presenze da un punto di vista statistico si rimanda ai paragrafi successivi.

³⁵ Il modello mediterraneo di migrazione si caratterizza, rileva Pugliese, per alcuni tratti che accomunano le esperienze di paesi della sponda nord dell'area mediterranea: Italia, Spagna, Grecia e Portogallo. Si tratta di paesi che nel corso degli anni '70, in un momento di sostanziale chiusura delle frontiere, si sono tramutati in mete di consistente immigrazione, pur restando anche località di emigrazione. Ulteriori caratteristiche comuni ai paesi dell' Europa del Sud sono rappresentate dal fatto che, i settori occupazionali in cui gli immigrati erano impiegati, soprattutto nelle fasi iniziali, erano rappresentati dal lavoro agricolo (residuale nelle migrazioni paesi intraeuropei del periodo precedente) e dal terziario; inoltre i flussi diretti verso questi paesi sono stati fin da principio caratterizzati fortemente per genere, con una consistente quota di donne e nelle fasi iniziali, è stata rilevata una elevata irregolarità della migrazione da un punto di vista giuridico e lavorativo. Un ultimo tratto che accomuna i paesi dell'area mediterranea fa riferimento alla scarsa capacità degli immigrati di accedere alle politiche sociali. E' possibile rilevare, sottolinea Pugliese, un rapporto molto stretto fra sponda sud e sponda nord del mediterraneo, in quanto inizialmente i flussi migratori coinvolgono soprattutto questa area nella direzione sud – nord. A partire dagli anni '90, in ogni caso, ribadisce lo studioso, alla prevalenza dei "flussi Sud – Nord si sono sostituiti quelli Est – Ovest". Per ulteriori approfondimenti sul modello mediterraneo delle migrazioni si rimanda a Pugliese, 2006.

internazionali”, fenomeno che si caratterizza per una partecipazione considerevole delle donne al mercato del lavoro (Castles e Miller; 1993).

Se le migranti “svolgono”, così, per le mutate caratteristiche del contesto, un ruolo nuovo e particolarmente significativo, d’altro canto nell’ambito della ricerca una nuova attenzione è stata posta nei loro confronti a partire dagli anni ’70 a seguito dello sviluppo dei *women’s studies* (de Filippo, 2009: 10).

In questo capitolo, passando in rassegna gli studi a livello internazionale e nazionale, si evidenzierà l’attenzione crescente che le migranti hanno ricevuto nell’ambito delle ricerche sulle dinamiche migratorie, via via che si sviluppava una prospettiva di genere. In riferimento alle più recenti prospettive interpretative, poi, si prenderà in considerazione il ruolo svolto dalle reti sociali, analizzate in un’ottica di genere e transnazionale.

Si andrà, quindi, a focalizzare l’attenzione sul ruolo e l’importanza della componente femminile nel panorama migratorio italiano tenendo conto delle statistiche sulle presenze, sull’evoluzione storica dei flussi migratori femminili, sulla eterogeneità dei percorsi e sulle dinamiche delle modalità di inserimento occupazionale delle immigrate.

1.1 - Gli studi sull’immigrazione femminile: dalla fase del misconoscimento all’affermarsi di una prospettiva di genere

La componente femminile della migrazione è stata a lungo ignorata, negli studi in ambito migratorio e solo negli ultimi decenni le donne hanno acquisito visibilità (Tognetti Bordogna, 2014: 17; Kofman, 2004; Catarino, Morokvasic, 2005; Miranda, 2008; de Filippo, 2009).

I *gender studies* a livello internazionale e seppur con ritardo, in Italia, infatti, hanno messo in luce, come la dimensione di genere rappresenti una chiave di lettura fondamentale per comprendere i fenomeni migratori, rivelando da un lato le forme di misconoscimento nella considerazione della donna nel panorama delle indagini precedenti e d’altro canto evidenziando dinamiche, traiettorie complesse in riferimento ai mutamenti di ruoli di genere tanto nei contesti di accoglienza che nei paesi di provenienza (Morokvasik, 1984, 2003, Boyd, 1991; Carling, 2005; Andall J. 2000; Anderson B., 2000, Parrenas, 2001; Bimbi, 2003; Tognetti Bordogna, 2012, Macioti, 2007, Miranda, 2008, de Filippo 2009).

In passato, tuttavia, come hanno rilevato alcuni ricercatori fra cui Boyd (2003) e Carling (2005), le ricerche nel contesto europeo e nordamericano prestavano poca attenzione alle questioni di genere, occultando il ruolo ed il protagonismo economico delle migranti. Fino agli anni '70, infatti, gli studi da una parte focalizzavano l'attenzione sulle sole peculiarità delle migrazioni maschili, senza una distinzione di genere, considerando le donne solo "al seguito", dall'altra generalizzavano i risultati delle indagini condotte fra immigrati di sesso maschile all'universo femminile, rappresentando le migranti "come soggetti" che si comportavano alla stregua degli uomini (Bimbi, 2003; Tognetti Bordogna, 2014: 37)

Nello schema elaborato da Bohning (1984) sull'evoluzione dei processi migratori nel dopoguerra, ad esempio, le immigrate compaiono solo in uno stadio avanzato, assumendo una posizione secondaria, al seguito del marito, o di altri familiari di sesso maschile (De filippo; 2009: 10)

Attualmente si riconosce, invece, come le donne siano sempre state "protagoniste delle migrazioni internazionali" (de Filippo; 2009:12) e studiose come Francisca Dadà (2009) hanno rilevato che la loro presenza in ambito produttivo non rappresenti una novità, in quanto anche nell'Ancienne Regime, si spostavano nelle città per lavorare, costruendo reti sociali e favorendo, in seguito, l'inserimento degli uomini nel mercato del lavoro.

Le ricerche in ambito migratorio e i gender studies, per lo più, condotti in una prospettiva femminista, sono sorti in settori istituzionali ed universitari separati, sviluppandosi parallelamente (Bimbi 2003) per incontrarsi solo a partire dagli anni '90 (Miranda, 2008).³⁶ Incontro che, tuttavia, non porterà alla "creazione di un autonomo campo scientifico", bensì ad arricchire entrambi gli ambiti di indagine grazie a "prestiti concettuali" che hanno consentito di approfondire le questioni affrontate con una nuova prospettiva (Miranda, 2007: 15).

La "teoria sulla migrazione", in ogni caso, è stata lenta nel far propri i risultati delle ricerche sul genere (Cohen, 1997). Un confronto fra i due ambiti, invece, come evidenziato da Bimbi, avrebbe potuto essere particolarmente fecondo, considerando che l'identità delle donne migranti "si struttura "all'interno delle

³⁶ Alcune ricerche degli anni '70 ed '80, sottolinea a riguardo Miranda, possono essere considerate antesignane di tale incontro fra ambiti di indagine (Miranda, 2008: 15).

culture” e delle “definizioni di genere” sia dei paesi di origine, che delle società di arrivo (Bimbi, 2003).

In seguito, contributi allo sviluppo di una prospettiva di genere in ambito migratorio saranno forniti anche da studiose femministe che hanno evidenziato il ruolo delle donne quali agenti attivi nel mercato del lavoro (Morokvasic, 1991; Kofman, 1999).

E’ possibile individuare, come ha ribadito Tognetti Bordogna, diverse fasi in riferimento all’evolversi di un approccio di genere in ambito migratorio.

A partire dalla seconda metà degli anni ’70, le immigrate hanno iniziato ad acquisire visibilità nell’ambito della ricerca, in una prospettiva che le vedeva per lo più legate al “ruolo di mogli, figlie e madri” (Miranda, 2008: 28).

Il tema del rapporto fra genere e migrazioni, in questo periodo si è sviluppato dapprima nel contesto sociologico statunitense e poi europeo, articolandosi principalmente in due prospettive. Un primo filone di studi era teso ad avanzare una critica alle teorie di tipo economicistico che misconoscevano il protagonismo ed il ruolo di primo migranti della donna (Boyle, 2001), mentre un secondo filone di indagini evidenziava come i fenomeni migratori potessero consentire alle donne di emanciparsi da “contesti di origine patriarcale”, acquisendo nuovi ruoli anche in ambito familiare (Hondagneu – Sotelo, 1994).

In una fase successiva, negli anni ’80 e ’90 si è iniziato a riconoscere che il genere “influenza e dà forma alla migrazione”, focalizzando l’attenzione anche sulle dinamiche familiari legate a tale dimensione (Tognetti Bordogna, 2012: 35).

Dagli anni ’80, in particolare, è emersa la figura della “donna migrante lavoratrice” e fra le ricerche è stato considerato significativo il contributo, di Morokvasic *Birds of passage are Also Women*” (1983). In esso si evidenziava come la principale problematica nell’ambito della ricerca fosse legata al fatto che il filone accademico dominante “non aveva abbandonato il proprio approccio maschile”, mentre la “letteratura esistente” in riferimento alla migrazione femminile aveva avuto scarsa influenza anche su politici e media” (Kofman, 2009: 220). I modelli interpretativi in tale periodo, restano, comunque, ancorati ad una “visione neutra, etnocentrica ed androcentrica” (Miranda, 2008: 27).

E’ soprattutto a partire dagli anni ’90 che la visibilità delle immigrate, a seguito dell’incremento dei ricongiungimenti familiari, del fenomeno della tratta e dello sfruttamento della prostituzione e successivamente delle straniere impiegate in

attività di cura ed assistenza, richiamerà “l’attenzione sull’asimmetria e sullo svantaggio del genere femminile” (Miranda, 2008: 27). In questa fase, come ribadito da studiose quali Catarino e Morokvasic (2005), le donne acquisiscono pienamente “il diritto di essere citate nella ricerca e nelle politiche pubbliche”, mentre l’integrazione dell’ottica di genere negli studi sulle migrazioni porterà al “superamento delle visioni e delle interpretazioni del passato” (Miranda, 2008: 27).

Dagli inizi del nuovo millennio ed in particolare, con la pubblicazione del n. 40 dell’*International Migration Review* del 2006 sarà sancita ulteriormente l’importanza delle dinamiche di genere nel permeare “pratiche, discorsi, istituzioni, strutture e identità” (Hondagneu – Sotelo, 2003, Tognetti Bordogna, 2012:45).

Nelle ricerche attuali è oramai riconosciuto come il genere “informi il processo migratorio nella sua interezza” e rappresenti, pertanto, una “chiave di lettura fondamentale per comprendere le migrazioni” (Tognetti Bordogna, 2014: 79). E’, infatti, diffusa la consapevolezza che tale dimensione al pari della classe e dell’etnia, debba essere considerata centrale nello studio e nel delinearsi “della struttura sociale” dei fenomeni migratori (Portes, 2009, Kofman, 2004).

Morokvasik, in tal senso sottolinea come “i processi migratori, le esperienze dei migranti e gli impatti sociali e politici delle migrazioni” siano guidati da una logica di genere (Morokvasic, 2011).

Molteplici pertanto sono, ad oggi, le indagini che hanno messo in luce come le esperienze migratorie si differenziano in base al genere in ambito internazionale ed anche in Italia (Morokvasik, 1984, 2003; Boyd, 1991; Carling, 2005; Andall J. 2000; Portes, 2009, Anderson B., 2000, Parrenas, 2001; Bimbi, 2003; Balsamo, 1997, Favaro Tognetti Bordogna, Vicarelli, Campani, Decimo, 2005, Tognetti Bordogna, 2012, Macioti, 2007, Miranda, 2008; de Filippo 2009)³⁷

Tali studi hanno, per altro, riconosciuto l’importanza di adottare un “approccio relazionale”. Portes in tal senso, ha ribadito come indagini condotte in una prospettiva di genere non debbano limitarsi a focalizzare l’attenzione sulla condizione della donna (o degli uomini), bensì prendere in considerazione le modalità con cui “le relazioni socialmente definite dai sessi” influiscono sulla

³⁷ Per un approfondimento sugli studi italiani in tale ambito si rimanda al sotto - paragrafo successivo.

migrazione e ne sono a loro volta influenzate”(Portes, 2009: 209). La condizione delle immigrate, va quindi studiata in relazione a quella degli immigrati, ed è importante focalizzare l’attenzione sulle “pratiche”, ma anche sulle “rappresentazioni migratorie tanto delle donne che degli uomini” (Miranda, 2008: 144).³⁸ Tognetti Bordogna ha, tuttavia, evidenziato come la più recente attenzione per i percorsi femminili abbia “portato la letteratura” quasi “a dimenticare gli uomini”, trascurando “l’occasione di cogliere la differenza fra i sessi” (Tognetti Bordogna, 2014: 79).

Una lettura di genere dei fenomeni migratori ha consentito di rivalutare il protagonismo femminile mettendo in luce il ruolo di agency e l’autonomia delle donne nelle dinamiche migratorie (Vianello, 2009), ha permesso di “cogliere le differenze fra percorsi “vissuti, strategie” maschili e femminili ed inoltre, di considerare le migrazioni quali “processi sociali strutturati dal genere” che possono “produrre nuove relazioni” in tale ambito (Tognetti Bordogna, 2014: 36). In ogni caso nel panorama degli studi in merito a tali questioni vi è un ampio dibattito.

In riferimento alle ripercussioni dei fenomeni migratori sui rapporti di genere, ad esempio, si evince come diverse indagini siano arrivate a conclusioni contraddittorie. Alcuni studi, infatti, hanno constatato come le migrazioni possano aprire “nuovi spazi di autodeterminazione”, favorire l’empowerment o la maggiore autonomia delle immigrate, mentre altri hanno rilevato come invece possano portare alla “stabilizzazione delle norme” o finanche a rafforzare le asimmetrie ed intensificare i rapporti di dominazione. (Catarino, Morokvasic, 2005; Morokvasic, 2011:194).

Carling (2005), in particolare, passando in rassegna le indagini che si sono soffermate sulle interazioni fra migrazioni e dinamiche di genere, per evidenziarne le influenze reciproche, ha riscontrato come gli effetti delle partenze sui mutamenti di ruoli, siano rilevanti sia quando emigrano gli uomini che quando a farlo sono le donne.³⁹ Gli esiti, in ogni caso, possono essere ricondotti ad

³⁸ Miranda sottolinea come sia importante adottare un approccio relazionale e situazionale in termini di genere, così da fare emergere le contraddizioni fra presenza ed appartenenza” (Miranda, 2008: 145).

³⁹ Carling, per altro, ha preso in considerazione il ruolo della dimensione di genere sulle conseguenze sociali e sulle rappresentazioni stesse della migrazione (Carling, 2005).

innumerevoli fattori, cosicché una maggiore autonomia delle migranti, in ambito familiare e sociale, può dipendere da circostanze individuali come l'essere o meno sposate o differenziarsi nel breve e nel lungo periodo (Brochmann, 1990).

Alcune indagini hanno, poi, rilevato come le migrazioni femminili siano sovente inserite nelle dinamiche familiari e rientrano così, in una "logica di genere". La partenza delle donne pertanto, non mette in discussione necessariamente la distribuzione dei compiti in ambito familiare o la loro assegnazione alla sfera domestica, e non sembra sovvertire i rapporti sociali di sesso né nei luoghi di origine né di arrivo. (Donato, Gabaccia, Holdaway, Malansan, Pessar, 2006) Il più delle volte, inoltre, come sottolinea Morokvasic, le migranti "attraversano le frontiere per trovare lavoro in settori tipicamente femminili" svolgendo "un ruolo di sostituzione", poiché la "femminilizzazione delle migrazioni" si ricollega per lo più alle possibilità della domanda nelle attività domestiche e nei servizi alla persona. E' difficile immaginare, così, secondo la ricercatrice, che l'impiego di donne in tali occupazioni possa rimettere in causa o destabilizzare i ruoli di genere, mentre sembra che questi ultimi, alle volte, ne siano finanche rafforzati (Morokvasic, 2011: 210).

Le indagini condotte in una prospettiva di genere sia nel panorama internazionale che nazionale, inoltre, hanno messo in luce fin da principio le contraddizioni che le donne vivono nella migrazione, legate a mutamenti di ruoli ed a dinamiche identitarie, alle tensioni fra "tradizione" e "cambiamento" (Morokvasic, 2009; Vicarelli, 1994; Miranda, 2008; Tognetti Bordogna, 2012). Tognetti Bordogna distingue a riguardo fra diversi percorsi femminili, individuando quattro possibili tipologie: la lotta contro l'assimilazione, un "adattamento temporaneo al cambiamento" in vista della realizzazione dei propri progetti, un "adeguamento al nuovo contesto ostacolato dall'opposizione del proprio entourage" e infine, un' "articolazione volontaria", non esente da conflitti (Tognetti Bordogna, 2012: 83).

Morokvasic, invece, evidenzia come le immigrate vadano a "negoziare" e "superare le contraddizioni" osservando le norme tradizionali, che possono comunque, "lentamente", mettere in discussione" con il loro comportamento. Le donne per la ricercatrice, cercano di "trarre vantaggio anche da quelle caratteristiche che sembrano uno svantaggio per la loro partenza" e sembrano preferire il "compromesso", quando si tratta di dover affrontare le "norme

tradizionali” piuttosto che il confronto diretto o il rifiuto dell’ordine tradizionale e dei suoi valori (Morokvasic, 2011: 211).

Alcune ricerche, inoltre, ha rilevato Carling (2005) si sono soffermate sulle differenze fra i percorsi migratori maschili e femminili nelle varie fasi dell’esperienza migratoria, riscontrando come possa divergere il grado di autonomia nella decisione di emigrare (Boyd, 1989), o come discriminazione e razzismo possano assumere forme diverse se fanno riferimento agli uomini o alle donne. Queste ultime ad esempio, possono essere soggette in misura maggiore a forme di sfruttamento sessuale, talvolta legato all’appartenenza ad un gruppo “etnico” svalorizzato (Estrada, 1992). Alcune indagini, poi, hanno rilevato come le immigrate sembrano fondare le loro strategie sulle reti, in misura maggiore rispetto agli uomini, o siano più inclini ad assumersi maggiori carichi di responsabilità familiari, ad esempio, in riferimento alla diversa propensione ad inviare rimesse (Espinosa Massey, 1999).⁴⁰

Altri studi, invece, hanno ribadito l’importanza di focalizzare l’attenzione sulla dimensione familiare (Portes, 2009), considerando gli effetti delle relazioni di genere intra – familiari.

Vi è, per altro, un filone di indagini che ha consentito di svelare ulteriori dinamiche di potere, evidenziando come la “divisione internazionale del lavoro riproduttivo” sia “all’origine di “nuove diseguaglianze” (Miranda 2008:30), in quanto le possibilità occupazionali e di emancipazione delle donne del centro dell’economia mondo si ricollegano allo “sfruttamento delle migranti” (Sassen, 2004; Parrenas, Salazar, 2001; Parrenas, 2001). Tali studi hanno rilevato come le asimmetrie di genere si intreccino ad altre forme di subordinazione che si ricollegano all’appartenenza di classe o alla provenienza. Queste ricerche, così, mettendo in discussione la concezione della “natura universale della donna” e ribadendo come le donne non siano tutte uguali, mettono in luce, come sostiene Andall, le differenze fra le “migranti” e le “non migranti” e fra “diversi gruppi di migranti” (Andall, 2000).⁴¹ Ecco come le dinamiche della migrazione “sfidano le

⁴⁰ Si rimanda per ulteriori approfondimenti al paragrafo “Il ruolo delle reti sociali nelle migrazioni femminili”

⁴¹ In tal senso, sottolinea Miranda, gli studi delle migrazioni hanno arricchito quelli femministi, che hanno avuto modo di affrontare in maniera nuova “la questione della divisione sessuata del lavoro” (Miranda, 2008: 15, 30). Ricercatrici nell’ambito del black feminism, fra cui Hooks Bell (2000), ad esempio, hanno portato avanti una critica al femminismo occidentale, evidenziando come questo, nella sua ispirazione universale, sia divenuto il riflesso della “posizione della razza

apparenti omogeneità dei discorsi di e sul genere” (Tognetti Bordogna 2012: 34) e la pretesa di universalità di tale concetto, così come era stato elaborato nell’ambito delle correnti femministe occidentali.

Prospettive più recenti, infine, hanno preso in considerazione il ruolo svolto dalle donne nei “processi di trans – nazionalizzazione”, prestando attenzione alle problematiche della maternità “trans – nazionale”.

1.1.1 - La prospettiva di genere negli studi italiani

In Italia, ad oggi, sono numerose le indagini che hanno focalizzato l’attenzione sulla componente femminile della presenza straniera, studiandone le traiettorie o le implicazioni sociali e psicologiche (Dossier Idos, 2015: 155).

Gli studi che hanno preso in considerazione le donne in ambito migratorio, tuttavia, si sono sviluppati con un certo ritardo rispetto al panorama internazionale, soprattutto a partire dagli anni ’90, sebbene fin dagli anni ’70 ed ’80 alcune ricerche, per lo più, a carattere locale avessero iniziato a focalizzare l’attenzione su tale campo di indagine.

Nel corso degli anni ’80, in ogni caso, ha rilevato Falteri il punto di vista sulle migrazioni era sostanzialmente “neutro”, in quanto si trascurava la dimensione di genere, considerando esclusivamente la provenienza e la classe sociale.⁴²

Diverse fasi si sono succedute nel corso della ricerca italiana, che hanno portato all’affermarsi di una prospettiva di genere in ambito migratorio, come ha ribadito Tognetti Bordogna, e queste si sono delineate conformemente a quelle a livello internazionale, seppure con un sfasamento temporale (Tognetti Bordogna, 2012: 49). Un primo momento, infatti, è caratterizzato dagli studi realizzati, agli inizi degli anni ’90, in un’ottica descrittiva. In una seconda fase, fino alla prima metà del duemila, le indagini hanno poi assunto un “carattere politico” a seguito dell’“incontro fra movimenti femministi e donne della migrazione” e solo nel

bianca e abbia contribuito a rafforzarne la supremazia”. Hooks Bell sostiene che, per “cogliere le differenze interne alla categoria di donna”, sia necessario considerare le interrelazioni fra appartenenza di sesso, classe e razza, ovvero “esaminare l’intreccio fra dinamiche del patriarcato, del razzismo e del capitalismo” così da poter mettere in luce le “diverse forme di dominio esercitate sulle donne” (Miranda, 2008, 17).

⁴² Il primo studio sulle migrazioni femminili a livello nazionale, è condotto da Sergi alla metà degli anni ’80 ma non in una prospettiva di genere (Tognetti Bordogna, 2014: 50).

corso del nuovo millennio il genere sarà considerato una categoria interpretativa fondamentale (Tognetti Bordogna, 2012: 49).

Indagini svolte in una prospettiva di genere, tuttavia, rileva Tognetti Bordogna, trovano ancora poco spazio fra le ricerche sulle migrazioni in Italia (Tognetti Bordogna, 2012)

Una ulteriore peculiarità del panorama degli studi italiani sulle migrazioni femminili attiene al fatto che questi hanno focalizzato, nel tempo, l'attenzione su diverse "aree tematiche", seguendo "la retorica pubblica e le etichette" assegnate alle donne straniere "a livello mediatico" (Tognetti Bordogna, 2012: 50).

Sino alla metà degli anni '90, infatti, si conducono indagini che analizzano la condizione occupazionale delle immigrate, soprattutto quali lavoratrici in ambito domestico, rilevando le peculiarità del contesto italiano in riferimento al modello mediterraneo delle migrazioni (de Filippo, Morlicchio, 1991; Favaro Tognetti Bordogna, 1990, 1991; Vicarelli, 1994; Campani, 1991). Tali ricerche mettono in luce l'eterogeneità dei percorsi, il ruolo di negoziazione svolto dalle immigrate in ambito familiare o inter – generazionale, sottolineando come si pongano a cavallo fra tradizione e modernità. In tal modo così le migranti intraprendono percorsi di emancipazione che portano ad identità ibride, non corrispondenti "né a quelle del loro passato, né a quelle delle donne occidentali" (Tognetti Bordogna, 2012: 56).

Successivamente l'attenzione si rivolgerà in prevalenza alle problematiche della tratta e dello sfruttamento della prostituzione, a seguito della visibilità che tale fenomeno andrà ad acquisire. Minoritari, in tale periodo, saranno gli studi che focalizzano lo sguardo sulla presenza delle donne straniere nell'ambito della collaborazione domestica fra cui quelli di Miranda, Tognetti Bordogna (Miranda, 2001; Favaro Tognetti Bordogna, 1991) o che considerano dimensioni più propriamente familiari o legate alla maternità come quello di Balsamo (Balsamo 1997).

Dalla fine degli anni '90 e soprattutto agli inizi del nuovo millennio, poi, le indagini iniziano a prestare attenzione al ruolo svolto dalle donne nell'ambito della cura e dell'assistenza, al fenomeno delle cosiddette "badanti".⁴³

⁴³ Ampio è, per altro, il dibattito in riferimento a tale termine adottato sia in ambito mediatico che politico. Faso a riguardo ha evidenziato come esso sia stato utilizzato in primis da politici di matrice leghista, in una accezione xenofoba e dispregiativa (Faso, 2008). Signorelli rileva, per altro, come tale termine si riferisca esclusivamente alle donne straniere, per i significati simbolici che sottende (Signorelli, 2011). Ricercatrici quali Tognetti Bordogna lo ripropongono nella loro

E' dalla metà del primo decennio del 2000 che sarà adottata una prospettiva più propriamente di genere prendendo in considerazione la condizione delle donne ricongiunte, delle “migranti circolanti”,^{mentre} il tema delle “badanti” resterà centrale soprattutto a livello politico. Si tenterà inoltre di ricomporre le dimensioni micro, macro e meso focalizzando l'attenzione sugli aspetti relazionali e sul ruolo svolto dalle reti sociali nell'ambito delle migrazioni femminili. In tal senso saranno condotti studi anche nella prospettiva del transnazionalismo (fra cui emblematico quello di Decimo, 2005) (Tognetti Bordogna, 2012: 49).

1.2 - Il ruolo delle reti sociali nelle migrazioni femminili

Nell' ambito della ricerca, sia a livello internazionale che nazionale, si è sempre più focalizzata l'attenzione sull'importanza della dimensione relazionale e del ruolo svolto dai network migratori (Tilly, 1990; Massey, 1988; Portes, 1995; Ambrosini, 2006)⁴⁴. Le reti in tale ambito sono state analizzate anche in una prospettiva di genere (Aderson, 2000; Parrenas, 2001; Decimo, 2005; Spanò, Zaccaria, 2003).⁴⁵

Sono state, così, riscontrate “differenze significative” tra i network prevalentemente “maschili” e quelli “a dominanza femminile” o che presentano una composizione di genere bilanciata, con la formazione di nuclei familiari e seconde generazioni (situazione frequente fra i gruppi di più antico di

analisi, evidenziando come esso richiami alla precarietà del ruolo svolto dalle donne impegnate in tale attività ed alle condizioni differenti di quelle delle colf.

In questa ricerca ad esso si preferirà, in ogni, caso l'espressione “donne impiegate in attività di cura ed assistenza”.

⁴⁴ Il concetto di catena migratoria è stato utilizzato a partire dagli anni '60 per spiegare le traiettorie degli emigranti dell'Europa meridionale (Price, 1963; Reyneri, 1979) ed evidenziava come questi seguissero le rotte di coloro che erano partiti in precedenza, in quanto ciò poteva facilitare l'inserimento occupazionale, sociale e l'esperienza stessa della migrazione. Il concetto di rete rielabora, amplia e collega al filone dello studio dei reticoli sociali il concetto di “catena migratoria” sebbene fosse già presente nelle riflessioni di Ravenstein (alla fine dell'800). La “catena migratoria” spiegava soprattutto i meccanismi di richiamo che attraevano nuovi soggetti verso particolari destinazioni, mentre la rete fa riferimento ad un più ampio arco di fenomeni sociali (ai processi di inserimento nel mercato del lavoro, di insediamento abitativo, di costruzione di legami di socialità e mutuo sostegno, di rielaborazione culturale, nel senso del mantenimento, della riscoperta, della ridefinizione, o, come altri sostengono, della “reinvenzione” dell'identità “etnica” nelle società ospitanti) (Levitt, 2005). Collegato a quello di rete vi è il concetto “migrant agency” elaborato da Castles, in riferimento al fatto che “i migranti non sono individui isolati che rispondono a stimoli di mercato e a regole burocratiche, bensì esseri sociali, che cercano di raggiungere migliori esiti per se stessi, le loro famiglie e le loro comunità, modellando attivamente i processi migratori” (Castles, 2004: 860).

⁴⁵ Ambrosini rileva come degli ultimi anni le reti migratorie siano state distinte in base al genere e si possa parlare di “genere delle reti” (Ambrosini, 2006: 5)

insediamento) (Ambrosini, 2006: 6).⁴⁶ E' stato rilevato, in tal modo, come le donne siano particolarmente attive nella creazione di nuovi reti, appoggiandosi ad esse più frequentemente di quanto farebbero gli uomini, nel corso di tutte la fasi dei processi migratori (Espinosa Massey, 1999).⁴⁷

Gli studi sulle migrazioni femminili di Anderson (2000); Parreñas, (2001) o Massey (1988), inoltre, hanno messo in luce come network prettamente femminili, costituiti da immigrate legate fra loro da rapporti di parentela, interesse, amicizia o provenienti dallo stesso territorio, svolgono un ruolo considerevole nel favorire l'ingresso e l'inserimento lavorativo di altre donne, nell'offrire loro protezione e sostegno in varie fasi del percorso migratorio, alle volte realizzando eventi sociali e di "animazione" del tempo libero o pianificando veri propri servizi informali, come quelli per la custodia dei bambini, così da facilitare le madri lavoratrici (Massey, 1988).

Le reti migratorie svolgerebbero, pertanto, molteplici funzioni: dall' accoglienza, nei primi periodi di arrivo in Italia, al favorire la collocazione occupazionale o la ricerca di lavoro, al fornire informazioni nel quotidiano, ausilio per questioni burocratiche e supporto sociale, materiale ed emotivo nei momenti di necessità (come in caso di malattia, maternità, di perdita del lavoro o dell'abitazione o per affrontare situazioni di solitudine).

Nel panorama degli studi italiani è significativa, in tal senso, l'indagine condotta da Decimo (2005) in riferimento all'immigrazione di donne somale e marocchine a Bologna, che ha messo in rilievo l'importanza dei legami di solidarietà femminile, sia prima che successivamente alla scelta di migrare, in quanto forniscono svariate forme di sostegno, volte anche alla "ricostruzione di pratiche e legami comunitari".⁴⁸ La ricercatrice inoltre, ha posto l'attenzione su alcune dinamiche correlate alle reti migratorie riscontrando come "nel corso del tempo" esse "si estendano" rispetto alle fasi iniziali dei flussi migratori, per reclutare con "criteri meno selettivi" donne di diversa età e condizione sociale", in quanto

⁴⁶ Abbatecola, a riguardo, ha rilevato come le reti femminili sarebbero più di supporto, mentre quelle maschili più "ambivalenti e vincolanti" (Abbatecola, 2002).

⁴⁷ La ricerca di Espinosa e Massey (1999) faceva riferimento all'immigrazione messicana negli Stati Uniti. In essa emerge come le reti abbiano una "grande influenza sulle successive migrazioni di altre donne".

⁴⁸ L'indagine di Decimo in particolare ha preso in considerazione le reti di donne somale e marocchine a Bologna. Nello studio si riscontra ad esempio che le donne somale sostengono connazionali che non lavorano, dando loro la possibilità di usufruire degli alloggi in affitto (Decimo, 2005).

“emerge con maggiore chiarezza quali saranno le posizioni che andranno ad occupare” nel mercato del lavoro (Decimo, 2005: 93).

Studi condotti in una prospettiva di genere, poi, hanno evidenziato come i network migratori possano influire in maniera considerevole sui percorsi lavorativi delle immigrate (Spanò Zaccaria, 2003). Spanò e Zaccaria, in particolare, attraverso una indagine condotta con l’approccio della network analysis, hanno focalizzato l’attenzione sulle condizioni lavorative delle immigrate provenienti da Ucraina e Polonia a Napoli, rilevando come le traiettorie possano modificarsi considerevolmente se le donne possono avvalersi del sostegno di parenti, amici o conoscenti al momento dell’arrivo (Spanò Zaccaria, 2003).

Le ricerche, in ogni caso, hanno disvelato l’ambivalenza del ruolo svolto dalle reti in ambito migratorio, sia per le donne che per gli uomini, dal momento che costituiscono una risorsa fondamentale ma possono al contempo rappresentare un “vincolo”, relegando i migranti in particolari settori occupazionali (Anderson, 2000; Parrenas, 2001; Ambrosini, 2005).

Nei reticoli “a dominanza femminile”, per altro, gli uomini, che sovente giungono nei contesti di immigrazione grazie a forme di “ricongiungimento rovesciato”, assolvono un’importanza “marginale” e possono essere “in condizioni di dipendenza dalle mogli incontrando spesso difficoltà di inserimento e contraccolpi psicologici legati a mutamenti di ruolo e riconoscimento sociale” (Ambrosini 2006: 5).

Alcune indagini hanno messo in luce come le reti sociali possano influire sui mutamenti dei “rapporti di genere” e sulla “costruzione di nuove identità femminili”, anche se, talvolta, in maniera ambivalente (Ambrosini, 2006: 6). Parreñas ad esempio, facendo riferimento al concetto di “maternità transnazionale”, ha riscontrato che le donne possono “guadagnare spazi di autonomia ed emancipazione” in ambito familiare e sociale, ma a prezzo di notevoli sofferenze e sacrifici, nel momento in cui tentano, nonostante la distanza, di essere comunque presenti nella vita dei figli (Parreñas, 2001).⁴⁹ Pessar e

⁴⁹ Il concetto di maternità trans – nazionale rimanda a quello di reti trans- nazionali e fa riferimento alle possibilità che le madri emigrate hanno di poter attuare diverse strategie, al fine di essere presenti il più possibile nella vita dei figli rimasti in patria. Ciò grazie alle maggiori possibilità di comunicare e relazionarsi con coloro che sono rimasti nel paese di origine. Fra le strategie che le madri possono mettere in atto vi sono ad esempio regolari e frequenti telefonate, l’invio di rimesse, visite in patria qualora le condizioni lo consentano. La maternità trans – nazionale, implica, pertanto, “una riarticolazione di ruoli femminili all’interno della famiglia” e la

Mahler, d'altro canto, hanno ribadito come la pratica di inviare rimesse a sostegno del nucleo familiare nei paesi di origine, possa contribuire a preservare le asimmetrie di potere e, finanche, garantire la sopravvivenza delle strutture patriarcali (Pessar e Mahler, 2003). L'azione dei network femminili volta al reperimento del lavoro, inoltre, sostiene Ambrosini, essendo "sproporzionatamente inserita nei circuiti del lavoro domestico-assistenziale" può contribuire a creare una immagine ed una rappresentazione della donna immigrata, quale "icona di una femminilità docile, premurosa e sottomessa" contrapposta a quella delle italiane (Ambrosini, 2006:6).

L'indagine di Decimo ha invece evidenziato come i network possano veicolare il diffondersi di una "cultura femminile dell'emigrazione"⁵⁰ che non predispone le donne unicamente alla mobilità, ma anche a una diversa organizzazione dei ruoli familiari. Ruoli che assieme a "funzioni tradizionalmente svolte entro specifici aggregati domestici", ribadisce la ricercatrice "si riarticolano su scala globale" (Decimo, 2005: 93). Le migranti, infatti, per la studiosa "elaborano e custodiscono idee sulla migrazione e sulla possibilità di perseguire altrove la propria realizzazione personale", poiché i "circuiti migratori" contribuiscono a far circolare "suggestioni, modelli" che consentono loro di avere una "prospettiva più fluida circa l'appartenenza ai luoghi e alle comunità" (Decimo, 2005: 90).

Nell'ambito dei network migratori è possibile individuare alcune figure che assolvono ruoli e funzioni di considerevole importanza (Ambrosini, 2006: 6). Fra questi lo *scout*, il pioniere, colui o colei che apre una nuova rotta migratoria rappresentando il punto di riferimento per gli arrivi successivi (Scidà e Pendenza, 2000; Decimo, 2005); il *broker*, o mediatore, specializzato per lo più nell'intermediazione tra la domanda di lavoro e l'offerta dei connazionali (Bertolani, 2003); il *leader comunitario*, che svolge compiti di rappresentanza nei confronti della società ospitante, più o meno formalizzati, come nel caso di responsabili associativi, mediatrici o mediatori interculturali, di leader religiosi,

possibilità per la relazione madre figlio di riposizionarsi e riadattarsi all'evento migratorio. Per approfondimenti di rimanda fra gli altri a Parrenas, 2005; Decimo, 2005, Tognetti Bordogna, 2012.
⁵⁰ Quando parla di "cultura femminile della emigrazione" Decimo si ricollega al concetto elaborato da Massey, per il quale la "cultura dell'emigrazione" rappresenta una importante dimensione esplicativa dei fenomeni migratori. (Massey et al. 1993: 452). Appadurai, invece, prende in considerazione la rilevanza dell'"immaginazione", ribadendo come ad oggi sia "normale immaginare la possibilità di vivere e lavorare" in località diverse quelle dove si è nati. Coloro che migrano, così, "trascinano con sé la capacità di immaginare nuovi modi di vita" (Appadurai, 2001: 19 – 20).

questi ultimi “orientati” soprattutto “al mantenimento delle tradizioni culturali del paese di origine”. Infine un'altra figura cruciale nei network migratori è rappresentata dal “*provider*”, che provvede a scopo di lucro, a servizi, come “il posto letto, l’invio di merci o la trasmissione di rimesse per vie informale” operando sovente in una “zona opaca”, “grigia” ai limiti della legalità, fino a creare “vere e proprie attività economiche rivolte al mercato dei connazionali” (Ambrosini, 2006: 6).⁵¹

In riferimento al contesto italiano, poi, Tognetti Bordogna ha messo in luce quali siano state le tipologie di reticoli che in diversi momenti storici, hanno svolto un ruolo considerevole nell’ambito dei flussi migratori femminili, contribuendo a trasformare le modalità di partenza ed al contempo “le relazioni con il paese di origine”. Se negli anni ’70, infatti, sarebbero state particolarmente significative, per le donne migranti, le reti religiose attivate dalla chiesa, negli anni ’80 un ruolo rilevante sarebbe stato svolto da quelle amicali – familiari o dell’associazionismo misto. Nel corso degli anni ’90, invece, avrebbero avuto una considerevole importanza i network rappresentati da conoscenti o connazionali, dai servizi informali, dall’associazionismo su base “antica” ed inoltre i reticoli criminali e del traffico per la prostituzione (fenomeno che in quegli anni aveva acquisito una particolare visibilità). A partire dal nuovo millennio, invece, saranno particolarmente rilevanti oltre alle reti di connazionali anche quelle criminali legate soprattutto al traffico di persone e di clandestini (Tognetti Bordogna, 2012: 104). Numerose indagini, inoltre, hanno rilevato come nel contesto attuale, una sempre maggiore importanza, sia stata acquisita dalle reti “trans – nazionali” che “si aggiungono” a quelle “tradizionali creando collegamenti e rotture nel tempo e nello spazio” (Miranda, 2008: 26).⁵²

⁵¹ Ambrosini ha ribadito come seppure sia cresciuta la “riflessione sulle differenze tra le reti migratorie (in termini di densità, composizione, dotazione di capitale umano e sociale, capacità di sostegno)” sia ancora “carente, l’analisi del loro funzionamento interno e della formazione di ruoli specifici” (Ambrosini, 2006: 7).

⁵² Un ampio dibattito ruota attorno al concetto di trans- nazionalismo. Con esso si intende una prospettiva che ha aperto un nuovo campo di ricerche, soprattutto in America, a partire dagli studi pionieristici di Glick Schiller e Al., 1992; e Basch e al., 1994. Esso porta a “superare o almeno fluidificare, le tradizionali categorie di “emigrante” e “immigrato”, dal momento che la migrazione non è più concepita come un processo che ha un luogo d’origine e un luogo di destinazione. I “trasmigranti”, infatti, costruiscono nuovi “campi sociali” che “collegano i due poli del movimento migratorio, mantenendo un ampio arco di relazioni sociali, affettive o strumentali attraverso i confini. Essi così, possono vivere una vita duale, parlando due lingue, avendo casa in due paesi diversi, e conducendo una vita intessuta di continui e regolari contatti attraverso i confini nazionali

Nell'ambito della migrazione femminile, in particolare, è stata sottolineata la rilevanza di tali network in riferimento alla maternità “trans- nazionale” ed ai legami che le donne intessono quotidianamente i “non migranti”, con le altre donne o i familiari rimasti in patria. E' emblematico che, alle volte, queste reti attraversano i confini coinvolgendo più paesi e dispiegandosi fra diversi continenti (come nel caso delle donne filippine in Italia, che ad esempio hanno familiari negli Stati Uniti o in Inghilterra). Ecco come le migranti “mettono in atto tutta la loro capacità di connettere diversi contesti”, mentre si ridefiniscono i confini della maternità, sovente vissuta a distanza e le dinamiche di genere sono ricollocate nei nuovi spazi trans – nazionali, con una esperienza “segnata da ambivalenza e anche dalla conciliazione di ruoli sovente inconciliabili” (Tognetti Bordogna, 2012: 94).

1.3 - La presenza femminile in Italia: Le statistiche

I dati Istat inerenti l'immigrazione in Italia rilevano, per il 2015, come per gli anni precedenti (2013 e 2014) una prevalenza femminile sul territorio nazionale. Le immigrate costituiscono il 52,6% della popolazione straniera residente, valore di circa tremila unità superiore rispetto all' anno precedente (Dossier Idos 2016: 107).

La composizione di genere nei flussi migratori, in ogni caso, varia considerevolmente in relazione alla provenienza (De filippo; 2009: 11).⁵³ Alcuni gruppi nazionali, infatti, si caratterizzano fortemente per genere, fra cui quello ucraino, come è stato messo in luce fin dalle prime indagini in ambito migratorio

(Portes, Guarnizo e Landolt, 1999). Ciò per altro, è reso possibile anche dalla diminuzione dei costi dei trasporto e dalle nuove tecnologie delle comunicazioni.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Ambrosini, 2008; Miranda, Signorelli 2012, Portes, 2009: 204 – 205 in Ambrosini, Abbatecola, 2009.

⁵³ In Italia, per altro, vi sono modelli insediativi molto diversi per genere, composizione familiare ed attività lavorativa (Dossier Idos, 2015: 93). Al 31/12/2015 gli stranieri residenti in Italia sono 5.026.153 e l'incidenza sul totale della popolazione è dell'8,2 %, valore che è in linea con quello dell'anno precedente (Dossier Idos, 2016: 87). E' stata, infatti, registrata negli ultimi anni una contrazione dei flussi migratori che fanno ingresso sul territorio, a cui corrisponde una maggiore stabilizzazione e radicamento di coloro che sono invece già presenti in Italia (Dossier Idos, 2016: 87). Le prime collettività per provenienza nazionale sono Romania (22,9% del totale), Albania (9,3%), Marocco (437.485, 8,7%), Cina (271.330, 5,4%) e Ucraina (230.728 ovvero il 4,6%). (Dossier Idos, 2016: 92, 93). Rispetto all' anno precedente sono aumentate in Italia le collettività cinese, ucraina, bangladese, egiziana e pakistana, ma anche quella nigeriana, senegalese, libica e somala e persone provenienti da Gambia e Mali. E', invece diminuita la presenza albanese, marocchina, filippina, moldava, polacca (Dossier Idos, 2016: 93). I residenti stranieri sono mediamente giovani, poiché l'età media è di circa trentatré anni al 2015 (Dossier Idos, 2016: 94). Si rimanda per ulteriori approfondimenti a Dossier Idos, 2016: 92 – 94. Si rimanda, inoltre, per approfondimenti alla Tabella 65 in Appendice Statistica.

svolte nel contesto nazionale (Pugliese, Macioti, 2010; Mottura, 1992).⁵⁴ In esse emergeva come accanto a comunità prevalentemente maschili, per lo più provenienti da paesi di religione islamica, ve ne fossero altre costituite soprattutto da donne, che si inserivano nell'ambito della collaborazione domestica, per la maggior parte provenienti da paesi di religione cristiana (Mottura, 1992).

Attualmente, rispetto al passato, alcuni flussi migratori presenti sul territorio da più tempo si sono riequilibrati per genere, mentre altri, alle volte sopraggiunti più di recente, continuano ad essere fortemente caratterizzati da un prevalenza di donne o uomini. Flussi più propriamente femminili sono, in ogni caso, quelli provenienti da Ucraina (78,8%), Federazione Russa (81,7%), Polonia (75, %) Brasile (72,5%) ma anche da Romania (57,2%), Moldavia (66,5%) e Filippine (56,9%), sebbene quest'ultimo si sia nel tempo, riequilibrato rispetto al passato, con un aumento della presenza di uomini (Dossier Idos, 2016: 94).⁵⁵

La maggior parte delle immigrate, come si può dedurre dalle statistiche inerenti i permessi di soggiorno, è in Italia per lavoro o per ricongiungimento familiare (Dossier Idos, 2016: 108). Frequente e pervasivo, soprattutto, in alcune collettività come quella ucraina, filippina e polacca è, poi, il fenomeno della over-qualification, per il quale le donne con elevati titoli di studio sono inserite in ambiti occupazionali poco qualificanti, rappresentati da lavori legati all' ambito domestico e all' assistenza e cura (Dossier Idos, 2016: 110).

1.3.1 - Le fasi storiche

La presenza di donne straniere in Italia, significativa fin dagli anni '70 è mutata considerevolmente nel tempo, pur restando, sostanzialmente "invisibile" fino agli anni '90. Invisibilità che si ricollega a tre livelli: al fatto che le immigrate erano inserite in un settore occupazionale estremamente segregato, alle rare

⁵⁴ Questa situazione si ricollega a molteplici motivazioni che si intrecciano fra loro. Fra queste: i modelli culturali e patriarcali nei paesi di origine, le condizioni economiche nei paesi di partenza, le possibilità di inserimento nel mercato del lavoro italiano correlate alla domanda in specifici settori e dunque alla segmentazione del mercato del lavoro. Inoltre un ruolo considerevole è svolto, in tal senso, dalle reti di intermediazione per la partenza e quelle rappresentate dai connazionali. La stabilizzazione dei flussi migratori in Italia ed i ricongiungimenti poi portano, nel tempo, a riequilibrare le presenze per genere.

⁵⁵ Altri flussi migratori sono costituiti da una prevalenza maschile, presentando una percentuale di donne molto bassa. Questi sono rappresentati da persone che provengono da Bangladesh (in cui le donne sono il 29,2%), Pakistan (la quota femminile è del 33,5 %), Senegal (27,1%), Egitto (33,5%), Tunisia (37,7%) e Ghana (39,1%) (Dossier Idos, 2016: 94). Si rimanda, inoltre, per approfondimenti alla Tabella 65 in Appendice Statistica.

occasioni in cui erano presenti in luoghi pubblici ed al fatto che non erano adeguatamente prese in considerazione dalla ricerca, dai media e dalla politica (Tognetti Bordogna, 2012)

I primi flussi migratori femminili si avvalgono dell'intermediazione della chiesa come quelli provenienti da Capo Verde, Filippine, Sri Lanka e Polonia o provengono da paesi caratterizzati da legami storici con l'Italia come Somalia, Eritrea e Etiopia. (De Filippo, 2009: 11)

E' possibile distinguere, in ogni caso, diverse fasi in riferimento alle componenti migratorie femminili, dalle quali si evince come le condizioni delle immigrate siano strettamente connesse alle possibilità occupazionali (Macioti, 2006; de Filippo, 2009; Miranda, 2008; Tognetti Bordogna 2012).

Gli anni '70 sono gli anni "delle pioniere e della grande invisibilità" in cui le donne straniere sono per lo più impiegate nell'ambito della collaborazione domestica, quali colf in "attività fissa". (De filippo; 2009:11). Le donne possono avvalersi per le partenze, oltre che dell'intermediazione della chiesa, anche dell'ausilio delle connazionali emigrate in precedenza. I reticoli femminili, infatti, fin da queste prime fasi, oltre a favorire le partenze, facilitano l'inserimento lavorativo creando spazi "protetti" ma anche estremamente "costrittivi", in quanto la coabitazione con i propri datori di lavoro, può creare situazioni di forte isolamento. Le immigrate in questo periodo provengono in prevalenza da Capoverde, Filippine o Eritrea (Tognetti Bordogna 2012: 84).

Gli anni '80, periodo in cui si iniziano a definire le politiche migratorie nel contesto nazionale, coincidono, per Tognetti Bordogna con le "donne dell'emancipazione". Un momento di trasformazione nell'abito dell'immigrazione femminile è legato, infatti, alla possibilità di poter lavorare come collaboratrici domestiche "a ore", part – time. Ciò consente alle straniere, che iniziano a divenire maggiormente visibili, di avere più spazio e tempo per la vita sociale, maggiore autonomia abitativa (iniziano a prendere in affitto appartamenti talora in coabitazione con altre connazionali), mentre si incrementano i momenti di interazione con il contesto di arrivo come pure le possibilità di accedere ai servizi sociali o sanitari, in particolare ai consultori familiari (Favaro Tognetti Bordogna, 1988). In tale fase, un peso considerevole è svolto, dai reticoli femminili. Le immigrate inoltre, iniziano ad essere impiegate anche nelle fabbriche e nei servizi, seppure in numero limitato (Tognetti Bordogna 2012: 84).

Gli anni '90 sono, invece, caratterizzati da una considerevole visibilità della presenza femminile, legata sia all'incremento numerico delle straniere che alla maggiore attenzione della ricerca nei loro confronti (emblematico come da un punto di vista statistico si comincino a distinguere i flussi per genere). In questo periodo aumentano considerevolmente i ricongiungimenti familiari⁵⁶ ed emerge il fenomeno della tratta e della prostituzione straniera. A tale segmento dell'immigrazione femminile, pur limitato ad alcuni gruppi di provenienza, è dedicata un'attenzione considerevole nell'ambito dei media, della politica, ma anche della ricerca. Attenzione che sfocia, alle volte, in stereotipi e rappresentazioni, costruiti sul nesso fra immigrate e prostituzione che falsa considerevolmente l'immagine dell'universo femminile straniero, "oscurando" i prevalenti "percorsi di integrazione", per lo più rappresentati dall'inserimento nell'ambito della collaborazione domestica (Tognetti Bordogna, 2012: 84)⁵⁷

A seguito dell'aumento dei ricongiungimenti familiari nell'ambito di flussi migratori prevalentemente maschili, inoltre, diviene consistente la quota delle cosiddette "donne velate", provenienti dai paesi islamici del Nord Africa, del Pakistan o dell'India. Il vissuto delle immigrate ricongiunte, come evidenziano gli studi in tale ambito, può essere talora problematico e caratterizzato da forte disagio, per la mancanza di relazioni affettive e per le condizioni di isolamento.

⁵⁶ L'incremento dei ricongiungimenti familiari si ricollega sia alla maggiore stabilizzazione dei flussi migratori in Italia che iniziano a riequilibrarsi per genere, rispetto alle prime fasi, sia alle possibilità offerte dalle politiche e in concomitanza alla regolamentazione normativa di tale istituto. Per ulteriori approfondimenti a riguardo si rimanda a Kofman, che analizza le varie forme di ricongiungimento a livello europeo, rilevando l'importanza di studiare anche sugli aspetti dei ricongiungimenti al maschile, sempre più numerosi ma non adeguatamente presi in considerazione nell'ambito della ricerca (Kofman, 2009: 219 - 249)

⁵⁷ Il fenomeno della tratta e dello sfruttamento della prostituzione muta di continuo ed ha coinvolto, in differenti periodi della più recente storia, in prevalenza, donne di diversa nazionalità. Le provenienze delle immigrate possono differenziarsi in ogni caso anche fra le località italiane, per il ruolo e le dinamiche dei network criminali implicati nel traffico o nella tratta. Campani ha rilevato come a livello nazionale e locale i primi flussi in tale ambito siano riconducibili alla fine degli anni '80 ed agli inizi degli anni '90 e coinvolgevano in prevalenza donne dell'Europa Orientale. Una seconda ondata è poi rappresentata da donne provenienti da Nigeria, Perù o Colombia negli anni 1991, 1992. Nel 1993, 1994 è coinvolto un gran numero di donne albanesi, e nel 1995 - 1996 albanesi e nigeriane. Dalla metà degli anni '90 aumenteranno nell'ambito donne dell'Europa dell'Est, provenienti da Russia, Ucraina, Lettonia, Moldavia, Romania ed Ungheria. In seguito è stato possibile riscontrare un considerevole coinvolgimento di ragazzi minorenni, provenienti in prevalenza da Romania, Albania e Marocco. Nel tempo sono mutate anche le modalità di sfruttamento e dal nuovo millennio sono aumentate considerevolmente le attività svolte al chiuso degli appartamenti. Una particolare attenzione è volta all'emersione del fenomeno ed alla tutela delle vittime, sebbene molta strada ancora sia da compiere in questa direzione, mentre non manchino contraddizioni fra i principi sanciti dalle norme a tutela delle vittime di tratta e le loro prassi applicative. Per approfondimenti si rimanda a Campani, 2000; Carchedi, Piccolini, Mottura, Campani, 2000.

In alcuni casi è stato possibile riscontrare nella relazione coniugale un irrigidimento del ruolo maschile “tradizionale” che ha finito per ostacolare le donne nelle relazioni sociali, sebbene la migrazione attivi anche processi di mutamento (Tognetti Bordogna 2012: 84).

Diverse, infatti, sono le indagini che hanno rilevato forme di protagonismo anche fra le donne “al seguito”, le quali non necessariamente restano escluse dal mercato del lavoro (de Filippo, 2009:12).⁵⁸

Dalla fine degli anni '90 poi, a seguito del crollo delle frontiere con i paesi dell'ex blocco sovietico, aumentano le donne provenienti dai paesi dell'Est Europa e dalla ex Unione Sovietica, impiegate soprattutto in ambito domestico o in attività di cura ed assistenza a persone diversamente abili o anziani, e la loro presenza si incrementerà considerevolmente nel decennio successivo.

Sarà, infatti, nel corso del duemila che le “badanti” diverranno particolarmente numerose e visibili. Fin da principio, tale ambito occupazionale, diffuso in tutto il territorio nazionale, si è caratterizzato per una forte irregolarità, richiedendo un impegno totalizzante. Le immigrate coinvolte in esso, mettevano sovente in atto forme di pendolarismo fra il contesto di partenza e di arrivo. Si trattava di donne, inizialmente avanti negli anni, con qualifiche elevate ed un passato occupazionale non recuperabile nel contesto migratorio: medici, insegnanti o impiegate, che vedevano crollare e ridefinirsi di colpo la propria identità (de Filippo, 2009).⁵⁹

A partire dalla fine degli anni '90 ma soprattutto nel nuovo millennio, si verifica anche un aumento considerevole di rifugiate e richiedenti asilo. Queste, seppure costituiscano una presenza meno consistente numericamente rispetto a quella maschile, vanno acquisendo una sempre maggiore visibilità, anche per l'attenzione loro rivolta dai media. Si tratta in tal caso di donne che fuggono da molteplici situazioni e presentano particolari problematiche per le violenze subite, per la fatica della fuga, per l'isolamento e la solitudine in cui versano (Dossier Idos, 2015:159). Esse sono spesso coinvolte in attività di lavoro sommerso, ma

⁵⁸ Significativo lo studio di Kofman a riguardo che ha preso in considerazione, in riferimento al più ampio contesto europeo, le diverse forme di ricongiungimento familiare, segnalando per altro un aumento significativo di ricongiungimenti “al maschile”, sovente ignorati dalla ricerca. Kofman inoltre ha evidenziato come i mutamenti normativi in tale ambito possano influire considerevolmente sugli equilibri di genere nella riunificazione familiare. Alle volte, infatti, ribadisce la studiosa, gli stati hanno attuato politiche volte ad ostacolare la possibilità lavorative dei familiari ricongiunti. (Kofman, 2009: 227 – 228).

⁵⁹ Successivamente saranno impiegate in tale ambito anche immigrate più giovani (Tognetti Bordogna, 2012: 92).

come sottolinea Tognetti Bordogna, le loro condizioni non sono adeguatamente prese in considerazione in ambito politico, mentre, fino a tempi recenti, è stata scarsa l'attenzione di genere in strutture e centri che si occupano o ospitano rifugiati (Tognetti Bordogna 2012: 95). Kofman, per altro, ha evidenziato, in riferimento al più ampio contesto europeo, come una problematica particolare per le donne sia legata alle maggiori difficoltà di ottenere asilo a causa del “*mancato riconoscimento di ragioni legate al genere quali lo stupro, il matrimonio forzato, la mutilazione genitale e le differenti forme di opposizione politica ai codici etici e mirai dominanti*” (Kofman, 2009: 232). Attualmente le donne profughe e richiedenti asilo, sono in aumento per l'instabilità politica del Medio Oriente e dell'Africa, ma spesso l'Italia rappresenta per loro esclusivamente una zona di transito verso altre destinazioni (Dossier IDOS 2015: 156).

Nel corso del nuovo millennio, da un punto di vista statistico la quota delle donne straniere andrà ad eguagliare e superare, anche se di poco, le presenze maschili sul territorio nazionale (Tognetti Bordogna 2012: 93). La legislazione e le politiche italiane tuttavia hanno sovente trascurato la dimensione di genere sebbene attualmente si assista ad una nuova sensibilità, soprattutto in riferimento alla tutela da forme di violenza e sfruttamento e da forme di “discriminazione multipla” (Dossier IDOS 2015: 155).⁶⁰

Assume, inoltre, in questa fase, una valenza sempre maggiore la dimensione della “transnazionalità” dei flussi migratori, anche grazie alle considerevoli trasformazioni dei mezzi di comunicazione. Le immigrate, così, inserite in dinamiche sempre più trans-nazionali, “fanno da trait d'union e sono impegnate in un continuo lavoro di ricucitura e collegamento tenendo assieme mondi diversi e dinamici” (Tognetti Bordogna 2012: 97), contribuendo ad apportare mutamenti, anche nei paesi di origine.

1.4 - I percorsi e i modelli migratori delle immigrate

Nell'attuale contesto italiano, come ha evidenziato de Filippo, “lo spazio migratorio” si è considerevolmente ampliato rispetto al passato. In esso “si

⁶⁰ Per discriminazione multipla si intende il fatto che le immigrate sono soggette a più forme di discriminazioni che rimandano alla loro identità in riferimento a genere, classe ed “etnia”. (Ambrosini, 2011).

intrecciano” infatti “nuovi e vecchi” flussi (de Filippo, 2009: 11), così da dare origine ad un scenario eterogeneo, differenziato e mutevole.

Le motivazioni che spingono le donne a partire, ad esempio, possono essere complesse e spesso plurime, cosicché alle necessità familiari possono intrecciarsi la “ricerca di libertà economica” o la curiosità di conoscere un nuovo mondo (Tognetti Bordogna, 2012: 97) La scelta di emigrare per le donne, inoltre, rientra spesso in un più ampio progetto familiare, come rileva de Filippo, ma alle volte può rappresentare una decisione volta a rompere i vincoli ed i legami familiari (de Filippo, 2009:11).⁶¹

Le motivazioni e le dinamiche migratorie, poi, possono differenziarsi in diverse fasi storiche. Attualmente, ad esempio, in riferimento ad alcune modalità migratorie, si parla di migranti “circolanti” o “in transizione”, per le maggiori possibilità che alcune di loro hanno di preservare i contatti con il paese di origine o per il fatto che provengono da località meno distanti. (Tognetti Bordogna, 2012)

E’ possibile individuare, in ogni caso, nell’ambito dei percorsi migratori femminili, molteplici “modelli”, in relazione ai tratti comuni ed alle particolari variabili che si prendono in considerazione, come hanno rilevato diversi ricercatori.⁶²

De Filippo, distingue ad esempio le *donne che sperimentano la migrazione dal sole*, da quelle che *migrano assieme agli uomini, assieme ai figli* ed infine da coloro che *giungono in Italia “al seguito dei mariti”* (de Filippo, 2009: 12) Il primo modello migratorio, che si riscontra fin dalle fasi iniziali della presenza straniera in Italia, include le donne, per lo più provenienti da paesi di religione cattolica, come eritree, capoverdiane e filippine, che hanno progetti e percorsi migratori a lungo e medio termine e vanno ad inserirsi in prevalenza nell’ambito della collaborazione domestica. Dagli anni ’90, in ogni caso, a questi flussi si intrecciano i percorsi delle immigrate provenienti dall’ Europa dell’Est le cui migrazioni possono essere di più breve periodo e finanche stagionali. Nel secondo

⁶¹ Secondo alcune indagini, inoltre, le motivazioni per la partenza andrebbero a differenziarsi per genere e sarebbero per gli uomini più legate ai bassi salari paesi di origine, mentre per le donne soprattutto da ricondurre all’esigenza di migliorare le proprie condizioni o di avviare un’attività autonoma (Homra, 2003. Tognetti Bordogna, 2012: 98).

⁶² Acocella, Radini, (2009), distinguono, invece, i progetti migratori in base alle motivazioni; Favaro (1987) li differenzia invece, in base ai fattori spinti. Per approfondimenti si rimanda Tognetti Bordogna, 2012: 98, 99.

modello, contraddistinto dal fatto che le *donne emigrano assieme al marito* o ad un familiare, rientrano alcune comunità asiatiche, dei paesi centro – africani o dall’Est Europa e, talora, ad emigrare sarebbe l’intero nucleo familiare.

Fra le donne che migrano *con i figli o che si fanno raggiungere da loro successivamente*, invece, molte provengono dall’Europa dell’Est, dall’Africa Sub – sahariana ed dall’America latina. L’ultimo modello migratorio, infine, rappresentato da *donne che giungono in Italia al seguito del marito* per ricongiungimento familiare, è frequente fra immigrate provenienti dai paesi del Maghreb (Marocco, Tunisia ed Algeria) (de Filippo, 2009:12)

Tognetti Bordogna, analogamente, individua numerose tipologie, in riferimento alle condizioni delle immigrate. Fra queste è possibile, per la studiosa, distinguere le donne “*che sperimentano individualmente la migrazione*” (che sono sovente le pioniere ed agiscono in prima persona, sebbene la scelta di partire possa maturare in ambito familiare), quelle “autonome” (che partono per lasciarsi alle spalle situazioni in cui non si riconoscono o che abbandonano territori di guerra), le donne che “migrano con l’uomo” (il fratello o il marito) o “per ricongiungimento familiare”, le vittime di “di tratta e di sfruttamento della prostituzione”, o quelle inserite consapevolmente nell’ambito del “sex business”. Ad esse si aggiungono “profughe o rifugiate”, “spose per corrispondenza”, “donne circolanti”, (coloro che “migrano per non migrare”, in quanto alternano, in maniera strategica, periodi di emigrazione a momenti di ritorno nel paese di origine), migranti “transnazionali”, grazie alla capacità ed alle possibilità correlate allo sviluppo tecnologico e delle comunicazioni o “sospese” (che, sovente, al seguito non riescono ad inserirsi nel contesto di arrivo ed alternano periodi di migrazione ad altri di ritorno nel paese di origine). Vi sarebbero infine, per la studiosa, le “così fan tutte”, che partono poiché in un determinato nei paesi di origine la migrazione è per molti una risorsa (Tognetti Bordogna, 2012: 100, 101)

Sulla base dei diversi progetti e modelli migratori si possono individuare, in ogni caso per Tognetti Bordogna, tre principali profili di migrazioni femminili caratteristici del nuovo millennio: le “*migranti in transito*”, quelle “*permanenti*” ed infine quelle “*sospese*” Le prime sono donne che non investono nel contesto di arrivo, dal momento che i loro progetti migratori sono puramente strumentali e volti al perseguimento di obiettivi familiari. Il legame materno, infatti, sostiene il

più delle volte il progetto migratorio e le migranti sono inserite in una fitta rete di aspettative a responsabilità, sebbene possano crearsi spazi di autonomia e affermazione. Questo profilo include donne filippine, somale, o provenienti dall'Ucraina (Tognetti Bordogna, 2012: 102, 103).

Le immigrate “*permanenti*”, invece, intendono l'esperienza migratoria in maniera non transitoria ed investono soprattutto nella realizzazione personale, alle volte abbandonando o ridefinendo il progetto migratorio di partenza. Imparano pertanto, la lingua, ampliano la loro rete sociale, costruiscono la loro vita sociale e lavorativa in Italia, talora riducendo le rimesse. Alle volte, inoltre, la loro identità di madri può essere indebolita.

L'ultimo profilo, quello delle migranti “*sospese*” è invece rappresentato da donne che interrompono l'esperienza migratoria, facendo ritorno nel paese di origine. Si tratterebbe di immigrate più anziane, che non volevano stabilirsi in maniera definitiva nel contesto di accoglienza, oppure più giovani (fra i 30 ed i 35 anni), che decidono far rientro in patria dopo aver accumulato il capitale necessario o quando i figli sono in grado di provvedere autonomamente al proprio sostentamento (Tognetti Bordogna, 2012: 104).

I percorsi migratori femminili, inoltre, possono differenziarsi anche in relazione alle ridefinizioni di ruoli ed identità nel contesto migratorio. In tal senso come ha evidenziato Miranda la rappresentazione delle migrazioni femminili si è in passato “catalizzata” attorno a due poli (Miranda, 2008:135) inerenti la contrapposizione fra “*donne della tradizione*” e “*dell'autonomia*”, della “*modernità*”. Le prime sono identificate con le migranti “al seguito”, per le quali può essere problematico il rapporto con le nuove generazioni nate e cresciute in Italia, mentre le donne dell'autonomia, sono quelle partite il più delle volte da sole per inserirsi nel mercato del lavoro italiano, più predisposte al mutamento. Tale dicotomia, si può aggiungere, può rappresentare gli estremi di un continuum inerente le condizioni e le situazioni delle donne, che va ad occultare la complessità della realtà migratoria.

Emblematiche ed attuali, pertanto, sembrano le considerazioni di Eleonore Kofman la quale, seppure in riferimento al contesto europeo, evidenzia come “l'eterogeneità delle esperienze femminili” sia stata spesso ignorata in passato e lo sia per certi versi anche nel presente, mentre è importante considerarne la portata

per “riscrivere la storia dei processi migratori” e “trascendere il quadro riduzionista della comprensione dell’immigrazione” (Kofman, 2009: 237).

Kofman, inoltre, ha rilevato come negli studi sulle migrazioni femminili non siano state adeguatamente prese in considerazione le situazioni delle “migranti qualificate”, che si inseriscono in prevalenza nelle aree dell’istruzione, della salute e del welfare (Kofman, 2009: 239).⁶³ Analizzando le possibilità occupazionali offerte dal contesto italiano, tuttavia, si evince come le attività lavorative delle donne straniere, analogamente a quanto accade per gli uomini, siano concentrate nei settori più precari, meno qualificati del mercato del lavoro e caratterizzati da maggiore irregolarità.⁶⁴

1.5 - L’inserimento lavorativo nel contesto nazionale

Le donne straniere in Italia sono impiegate, in prevalenza, nell’ambito dei servizi domestici, di assistenza e cura alle persone ed in misura minore in attività autonome, commerciali o nell’industria (in tal caso provengono per lo più da paesi asiatici o dall’Albania) (de Filippo, 2009:62). Le immigrate, inoltre, come emerge dai dati Istat, sono per la maggior parte sovra-istruite rispetto alle attività lavorativa che svolgono (Dossier Idos 2015:156),⁶⁵ sebbene alcune siano riuscite a far valere le competenze e i titoli di studio conseguiti in patria, per trovare lavoro quali “interpreti, infermiere, o impiegate” o a seguito di corsi professionali, quali mediatrici interculturali (de Filippo, 2009: 62).

Il fatto che la componente femminile dell’immigrazione si inserisca, per lo più, in segmenti del mercato del lavoro legati alla sfera riproduttiva si ricollega, come rilevano molteplici indagini, all’intreccio fra fattori strutturali, inerenti le dinamiche del mercato del lavoro, i trend demografici, le politiche sociali e motivazioni di ordine più propriamente culturale. Fra questi l’invecchiamento

⁶³ Per la ricercatrice inoltre è importante focalizzare l’attenzione sulla diversificazione delle migrazioni familiari correlata alle possibilità di ricongiungimento familiare, che possono mutare in paesi ed in momenti storici differenti (Kofman, 2009: 219 – 249).

⁶⁴ Per approfondimenti in merito alla segmentazione del lavoro ed all’inserimento lavorativo degli immigrati in Italia di rimanda agli studi Mingione e Pugliese, 2002; de Filippo, 2009; Pugliese, 2006. Questi per altro riscontrano come “al di là delle condizioni culturali i percorsi migratori attuali sono collegati ad una profonda trasformazione del mercato del lavoro, sempre più precario tanto a livello mondiale che locale” (Mingione Pugliese, 2002).

⁶⁵ Secondo le fonti statistiche infatti, quasi la metà delle immigrate (circa il 46,5%) è impiegata nella collaborazione domestica (Dossier Idos, 2005: 156)

della popolazione, l'incremento delle donne italiane nel mercato del lavoro a cui non ha corrisposto una nuova redistribuzione dei ruoli di genere in ambito domestico, ed inoltre le peculiarità ed i limiti del welfare, per lo più "familista" (Anderson, 2000; Parrenas, 2001; Miranda, 2008; Pugliese 2006; de Filippo, 2009). Se l'emancipazione delle italiane, così, poggia sull'attività delle immigrate, d'altro canto le modalità di impiego di queste ultime possono essere considerate, sovente, "espressione" di una mentalità borghese "che contempla la presenza della domestica a tempo pieno" (Pugliese, 2006; Miranda, 2008: 139).

L'inserimento delle donne straniere nel mercato del lavoro rispecchia, poi, lo stretto legame fra appartenenza di genere e assegnazione delle donne alla sfera domestica, tipica della società italiana, (Miranda, 2008:71) cosicché "le migrazioni inglobano i dispositivi derivati dalla segregazione e dalla divisione sessuata del lavoro" assieme ai "principi della separazione e della gerarchizzazione del rapporti sociali di sesso", come ha riscontrato Miranda (Miranda, 2008: 27)

Analizzando, pertanto, la collocazione occupazionale delle immigrate si evince una "doppia dualità" del mercato del lavoro: quella "fra uomini e donne e fra e donne stesse" (Miranda, 2008: 27) A fronte, infatti, di un gruppo di donne che "conquista lo spazio pubblico e lavorativo", ve ne sono altre che, invece, versano in situazioni "sempre più precarie e flessibili" (Miranda, 2008: 27)

Emblematico, per altro come in ambito politico siano state messe in atto sul territorio nazionale, azioni volte ad incrementare o facilitare l'inserimento delle donne straniere in settori occupazionali legati alla sfera domestica o all'assistenza.⁶⁶

Fra le prime immigrate impiegate nell'ambito della collaborazione domestica vi erano le donne provenienti dalle Filippine, da America Latina, Capo Verde e Etiopia. In seguito, dalla metà degli anni '90, a tali gruppi storici si sono aggiunte le donne provenienti dall' Europa dell'Est, quali Romania, Polonia, Ucraina e Moldavia (Dossier Idos, 2015: 157).

Andall (2000) ha riscontrato l'esistenza di forme di gerarchizzazione dell'attività domestica. Queste sarebbero articolate sulla base di tre dimensioni, in

⁶⁶ Fra queste sanatorie o decreti flussi, ad esempio, che sono stati predisposti per la regolarizzazione o l'ingresso esclusivamente delle immigrate impiegate in attività di cura ed assistenza.

particolare, in riferimento ai canali di reclutamento, che possono essere formali o informali, alla distinzione fra lavoro domestico “co-residente” e “a ore” ed in terzo luogo, in relazione alla stratificazione delle nazionalità coinvolte nel mercato del lavoro (Andall, 2000). Stratificazione che può ricollegarsi alle dinamiche ed al ruolo svolto dai network volti al reclutamento lavorativo nel facilitare le possibilità occupazionali di donne di particolari nazionalità, ed inoltre a stereotipi, pregiudizi riferiti alle immigrate di diversa provenienza.

Anderson, ha riscontrato, poi, in un’analisi comparata in Europa nella quale faceva riferimento anche alla realtà italiana, che tale stratificazione implica un differente trattamento per migranti di diversa nazionalità ed ha rilevato come al gradino più alto della scala dei salari percepiti, vi siano le donne provenienti dalle Filippine (Anderson, 2000).⁶⁷

I dati dell’OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) e quelli dell’Istat rilevano come la crisi abbia colpito nel contesto nazionale, solo marginalmente il settore dei servizi alla persona ed i tassi di occupazione restano particolarmente elevati, soprattutto fra immigrate provenienti da Filippine ed Ucraina (81,2% per le donne provenienti dalle Filippine, il 70% per quelle provenienti dall’ Ucraina). La qualità del lavoro, tuttavia, sembra notevolmente peggiorata e caratterizzata da una maggiore precarietà. Fra il 2007 ed il 2012, inoltre, si è registrato un aumento di attività part time, anche involontarie (passato dal 18 al 30%), soprattutto fra donne provenienti da Africa e Asia Meridionale e residenti in prevalenza nell’ Italia meridionale. (Dossier Idos, 2015: 157).

I modelli di inserimento occupazionale si differenziano, fra le immigrate provenienti da diversi paesi, anche in riferimento ai tassi di attività lavorativa. Donne filippine, ucraine, moldave, rumene, peruviane e cinesi, infatti, sono in particolarmente presenti nel mondo del lavoro, mentre quelle che arrivano per ricongiungimento familiare provenienti, per lo più, da Nord Africa ed Asia, in particolare da Egitto, Bangladesh, India e Marocco presentano un maggior tasso di inattività (Dossier Idos, 2015: 157). Tale situazione si ricollega ai modelli familiari patriarcali ed a dinamiche culturali dei paesi di provenienza (Dossier Idos, 2015: 157) anche se, come hanno ribadito diversi studi, non necessariamente

⁶⁷ La ricerca di Anderson in particolare era riferita a diverse città europee ed in particolare Bologna, Atene, Barcellona, Parigi e Berlino (Anderson, 2000).

queste immigrate restano fuori dal mercato del lavoro (de Filippo, 2009; Tognetti Bordogna, 2012; Miranda, 2008).

Le condizioni occupazionali, legate alla stratificazione in ambito lavorativo fra donne di differente provenienza, possono, influire sul loro stato di salute, sulle possibilità di diventare madri in emigrazione e sui percorsi di accesso ai servizi sociali e sanitari. Non lavorare rimanendo relegate nella sfera domestica, infatti, può precludere la possibilità di apprendere la lingua italiana e rendere difficile la conoscenza del contesto territoriale in cui si vive e l'accesso stesso ai servizi. La segregazione occupazionale delle donne impiegate in attività di assistenza e cura, sovente irregolare, d'altro canto, può ostacolare gli spazi ed i tempi della vita privata come le opportunità di potersi rivolgere ai servizi per far fronte ad esigenze di carattere personale (Masullo, 2012; Tognetti Bordogna, 2012).⁶⁸

⁶⁸ Tali studi evidenziano come le immigrate impiegate in attività di cura ed assistenza, con poco tempo libero a disposizione, si rivolgano di frequente ai servizi sanitari e sociali per far fronte alle esigenze delle persone che accudiscono ma di rado per sé stesse. Per approfondimenti di rimanda a Masullo, in Biancheri (a cura di), 2012: 176 – 190 e Tognetti Bordogna, 2012: 161.

CAPITOLO II

Immigrazione femminile, salute e maternità

Le condizioni in cui versano le immigrate, le reti in cui sono inserite, prese in considerazione nel precedente capitolo, possono influire considerevolmente sui loro percorsi di salute, sulle capacità e possibilità di accedere ai servizi socio – sanitari, come sui vissuti inerenti la maternità ed il parto, eventi cruciali nella costruzione dell'identità femminile (Ranisio, 2012: 8) ed al contempo fortemente connotati simbolicamente e da un punto di vista “sociale e culturale” (Ranisio: 2012). Eventi che possono assumere fra le migranti peculiarità inedite.

La salute delle immigrate, riporta a “specificità di genere” e ad altre legate alla tipologia migratoria, come ha evidenziato Lia Lombardi (Lombardi, 2005: 138). Le donne straniere sono numerose e visibili presso i servizi sanitari (Lombardi 2005) ai quali si rivolgono, come hanno riscontrato le ricerche in tale ambito, in prevalenza per questioni fisiologiche legate alla gravidanza e al parto o quali “care givers” in ambito familiare, per la salute dei loro bambini o di altri membri della famiglia.

L'accesso e la fruizione dei diritti in ambito sanitario rappresenta, così, una importante sfida posta dalla stabilizzazione della presenza straniera in Italia. A tale ambito si è prestato negli anni attenzione e riconoscimento da un punto di vista normativo, anche in una prospettiva di genere attraverso il riconoscimento e la tutela della maternità per immigrate regolari ed irregolari. Permangono, tuttavia, contraddizioni e problematiche, mentre come emerso da numerose indagini condotte nell'ambito delle disuguaglianze di salute, barriere di natura organizzativa, economica e giuridico-legale si intrecciano ad altre comunicative, culturali o più propriamente linguistiche, a rappresentazioni stereotipate da parte degli operatori sanitari ed alla carenza di informazioni adeguate degli immigrati (Affronti, Baglio, Geraci., Marceca, Russo, 2014). Barriere che possono

rappresentare un ostacolo alla garanzia della fruizione del diritto alla salute inteso, solo teoricamente, in senso universalistico.⁶⁹

In questo capitolo si prenderanno in considerazione le questioni inerenti la salute delle immigrate e la maternità con un'attenzione particolare per i vissuti, i percorsi legati all' "evento bio – sociale" della nascita (Ranisio, 2012: 8), così come è stato problematizzato nell'ambito del filone di studi dell'antropologia medica e della riproduzione. Ci si soffermerà, così, in primo luogo sulle questioni inerenti le difficoltà di accesso e fruizione ai servizi sanitari da parte dei migranti, in quanto alcuni ostacoli e barriere riguardano in maniera trasversale sia gli uomini che le donne. Si andrà quindi ad approfondire più nello specifico la condizione femminile, focalizzando l'attenzione sugli studi che, nella prospettiva sociologica ed antropologica, hanno preso in considerazione la salute, la maternità, la gravidanza ed il parto in ambito migratorio. Le condizioni, le caratteristiche, le specificità di tali eventi saranno analizzate a partire dalle riflessioni, condotte in ambito antropologico, sugli aspetti sociali e culturali della nascita e sulla medicalizzazione del corpo femminile.

Le madri immigrate, forniscono, inoltre, un importante contributo per la natalità e la fecondità nel nostro paese. Saranno, così, infine, prese in considerazione le statistiche, a livello nazionale, che riguardano la maternità ed il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza delle donne straniere. Queste consentono di desumere, infatti, importanti informazioni sulle caratteristiche delle neo – madri, sugli ostacoli che possono incontrare nel rapportarsi al sistema sanitario e nel vivere la maternità nei contesti migratori, alle volte in circostanze segnate da precarietà e difficoltà.

2.1 - L' accesso ai servizi sanitari: le ricerche e le prospettive

Le possibilità di accesso e fruizione dei servizi sociosanitari da parte degli immigrati e delle immigrate si ricollegano a molteplici variabili che includono diversi livelli: le politiche sociali, sanitarie e migratorie, le caratteristiche dell'offerta del sistema dei servizi, le possibilità economiche, i progetti, i percorsi dei migranti, le loro concezioni di salute e malattia (Tognetti Bordogna, 2012:

⁶⁹ Per un approfondimento delle questioni inerenti le diseguaglianze di salute si rimanda ai capitoli successivi.

749, Bonciani, 2005: 149). Sono numerosi gli studi e le riflessioni che da diverse prospettive hanno focalizzato l'attenzione su tali problematiche, rilevando come esse siano strettamente collegate alle quelle inerenti le diseguaglianze di salute (Tognetti Bordogna, 2008; Geraci, Bonciani, 2011, Tognetti Bordogna, 2012, Masullo, 2010, Bigot, Russo, 2008).⁷⁰

Lia Bandera, ad esempio, ha raggruppato i fattori che influiscono sull'accesso ai servizi in tre categorie, distinguendo in particolare, quelli giuridici, che fanno riferimento alle norme ed alla legislazione, quelli strutturali, che si riferiscono alle condizioni economiche degli immigrati ed infine quelli culturali, considerando, in ogni caso la cultura in maniera dinamica e ibrida (Bandera, 1990).

La trasformazione del diritto formale, garantito dalla legge (possibilità di accesso) in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) come riscontrato in diverse indagini, non è immediata ma si ricollega alla sussistenza del diritto, alla sua consapevolezza ed al suo effettivo esercizio (Geraci, Maisano, Mazzetti, 2005). L'esistenza del diritto di accesso ai servizi socio – sanitari è sancita dalla legislazione vigente in materia sanitaria, come da disposizioni più specifiche sull'immigrazione e sebbene le norme a tutela della salute dei migranti siano particolarmente inclusive in Italia, non mancano le contraddizioni in tale ambito.⁷¹ Non sempre, inoltre, i fruitori di un diritto ne sono consapevoli e spesso le norme che regolano l'assistenza sanitaria per gli stranieri sono poco conosciute dagli immigrati, dalle immigrate e dagli stessi operatori sanitari. Infine l'esercizio di un diritto all'accesso è legato alla corrispondenza ed alla congruità fra l'offerta dei servizi e le necessità della persona (Geraci, Maisano, Mazzetti, 2005).

Alcuni ostacoli da un punto di vista burocratico possano ricollegarsi alla complessità della struttura regolamentativa ed amministrativa dei servizi sanitari, mentre da un punto di vista organizzativo, alla mancanza di flessibilità degli orari di apertura, che può scontrarsi con le possibilità ed i tempi delle immigrate, soprattutto se impegnate in attività lavorative full time Geraci, 2004).

Numerose poi possono essere le difficoltà legate alla mancanza di considerazione dei valori socio – culturali di riferimento degli utenti stranieri o a problemi che

⁷⁰ Fra le ricerche che hanno focalizzato l'attenzione sulle barriere per all'accesso ai servizi molte hanno focalizzato l'attenzione sulle diseguaglianze in salute (Tognetti Bordogna, 2008; Geraci, Bonciani, 2011, Tognetti Bordogna, 2012, Masullo, 2010)

⁷¹ Si rimanda al capitolo successivo per un approfondimento della normativa in tale ambito e sui suoi limiti.

ineriscono il livello linguistico, comunicativo, interpretativo e comportamentale (Geraci, 2004).

Alcune indagini hanno focalizzato l'attenzione sulle variabili che fanno riferimento alle condizioni degli immigrati e delle immigrate e che influiscono sull'accesso e la fruibilità ai servizi sanitari. Fra queste la posizione giuridica (se regolare o irregolare), il genere, il titolo di studio, il tempo di permanenza sul territorio ed inoltre differenze in termini culturali (Mangone E., Masullo G., 2013, Tognetti Bordogna 2012, Affronti, Baglio, Geraci, Marceca, Russo 2014, Censis, 2015, Lombardi, 2005).

Lia Lombardi in tal senso ha rilevato come la situazione giuridica possa influire in maniera considerevole rispetto al comportamento degli stranieri in riferimento alla salute, sebbene la normativa sia volta alla tutela della salute anche di coloro che sono in situazione di irregolarità (Lombardi, 2005). Emblematico come in occasione del dibattito politico intercorso durante la fase di approvazione del cosiddetto Pacchetto sicurezza del 2009, che coinvolse la società civile, gli operatori sanitari ed i medici in riferimento alla possibilità di abrogare l'obbligo di non denunciare gli irregolari, si è registrato un forte calo in termini di accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati.⁷²

Secondo una indagine condotta dal Censis per conto della Fondazione Farmafactoring (2015), invece, sono il tempo di permanenza in Italia ed il titolo di studio posseduti dagli immigrati ad influenzare considerevolmente il rapporto con i servizi sanitari. Dai risultati di questa ricerca è emerso, in particolare, come gran parte degli stranieri si rivolga al sistema sanitario in caso di necessità (ad eccezione dei cinesi che fanno particolarmente ricorso a terapie non convenzionali).⁷³ Nel percorso ad ostacoli per l'accesso ai servizi, tuttavia, la principale barriera è rappresentata da quella linguistica, ma le difficoltà comunicative riguardano un immigrato su tre se è in Italia da meno di cinque anni e l'11 % di coloro che vi risiedono da più di dieci anni. I più svantaggiati in tale ambito, inoltre, sono le donne o gli anziani. Particolari problematiche, poi, sono

⁷² Ciò è emerso anche nel corso delle interviste svolte durante questa ricerca a medici, operatori e mediatrici culturali impegnate in progettualità rivolte a donne immigrate.

⁷³ Questo studio ha, infatti, rilevato come il 96% degli stranieri si rivolge al Sistema Sanitario Nazionale anche se fra i cinesi circa il 15% si affida a terapie non convenzionali (Censis, 2015). Per questa indagine coloro che sono in Italia da meno di cinque anni hanno maggiori difficoltà linguistiche che si riducono drasticamente tra chi è in Italia da più di cinque anni e tra gli immigrati laureati (la percentuale sale in questo caso al 90%).

state riscontrate fra coloro che possiedono un basso titolo di studio (il 32% di coloro che sono in possesso di licenza elementare). Il Censis, per altro, in questa indagine, ha sottolineato come per comprendere le dinamiche inerenti il rapporto degli utenti stranieri con i servizi sanitari, sia necessario prendere in considerazione la dimensione della “relazionalità”,⁷⁴ assieme ad una lettura che tenga conto delle differenze territoriali in riferimento alla qualità ed all’accessibilità delle cure. Lo storico dualismo fra le regioni del Nord e del Sud Italia, che nell’ambito dell’ offerta sanitaria, è stato accentuato dalle politiche dei piani di rientro attuati nelle regioni del meridione ed influisce inevitabilmente, secondo il Censis, anche sui percorsi di salute degli stranieri (Censis, 2015: 8) Al Sud, pertanto, può essere attribuita maggiore “centralità al fattore umano”, ovvero alla capacità degli operatori e dei medici di far fronte alle situazioni emergenziali, di recente legate all’aumento degli sbarchi di richiedenti asilo, al di là del deficit tecnologico, organizzativo e di risorse. I servizi sanitari regionali del centro Italia, invece, considerati di fascia alta nel contesto nazionale, evidenzia il Censis, mostrano “una notevole capacità di articolare l’offerta rispetto alle esigenze specifiche delle diverse comunità di immigrati”, analogamente a quelli del Nord. La soddisfazione e la percezione che gli immigrati hanno dei servizi rifletterebbe, per altro, tali differenze territoriali, analogamente a quanto è stato riscontrato fra cittadini italiani. (Censis, 2015: 8). Nelle regioni del Nord, infatti, gli stranieri hanno una percezione positiva dei servizi sanitari a differenza di quanto avviene nelle regioni meridionali (Censis, 2015: 8). Secondo il Censis, per altro, una lettura del rapporto degli immigrati con la sanità “lungo l’asse Nord Sud e isole”, si giustifica anche in relazione al fatto che la presenza ed i progetti migratori al Nord e Centro Italia sono caratterizzati da una maggiore stabilizzazione, come si evince da alcuni indicatori, fra cui la quota di bambini nati da genitori stranieri (Censis, 2015).

Incomprensioni e gap comunicativi possono rappresentare ulteriori ostacoli. Alcuni studi, hanno messo in rilievo come, anche qualora la barriera della conoscenza della lingua sia superata, non sempre vi è sovrapposibilità semantica,

⁷⁴ La dimensione della relazionalità è considerata centrale anche fra la popolazione italiana poiché da studi precedenti si riscontrava una richiesta di umanizzazione delle cure, da intendersi come “crescente centralità della persona nella sua integrità, in ogni aspetto dei processi di cura e come dimensione relazionale” (Censis, 2015: 8).

a livello terminologico, quando si fa riferimento alla percezione ed alla descrizione di problematiche sanitarie (Dotti, Luci, 2008: 18).⁷⁵ I concetti di salute o la malattia, infatti, è stato sottolineato nell'ambito dell' antropologia medica, sono da interpretare in relazione ai contesti sociali e culturali, considerando le dinamiche relazionali e di potere, (Kleinmann 1995; Good, 1994, Farmer, 2003; Fassin, 2004; Ranisio, 2014; Quaranta, 2006, Seppilli, 2014, Schirripa, 2015). Le riflessioni in questo filone di indagine hanno evidenziato che si può distinguere fra *illness*, la percezione che ha il paziente dell'evento patologico, come un'esperienza originale e culturalmente fondata, e *disease* la malattia intesa come entità oggettiva secondo il paradigma biomedico, scientifico dell'operatore sanitario (Kleinmann, 1995; Good, 1994, Young, 1982) Tali dimensioni non sempre corrispondono (Ranisio, 2014, Quaranta, 2006).

Vi possono essere, pertanto, come ha messo in rilievo Bonciani, difficoltà fra immigrati o immigrate ad esprimere o far comprendere i propri bisogni di salute (Bonciani, 2005: 145). Questi ultimi, infatti, non vanno intesi in termini universalistici, ma si declinano in base alle “prerogative culturali” di ciascun gruppo e pertanto, non sono necessariamente riconducibili al modello bio – medico, che considera la malattia in termini di disfunzione dell'organismo, “oggettivamente osservabile, misurabile, spiegabile”. Alle volte nel caso degli immigrati l'eziologia della malattia può essere intesa secondo una causalità che si distanzia dal paradigma scientifico - razionalista e può iscriversi in un orizzonte interpretativo magico - simbolico, facendo riferimento ad origini sovrannaturali o sociali (ad esempio, ad entità invisibili, all'infrazione da tabù, a conflitti). Non sempre, tuttavia, ha ribadito a riguardo Bonciani, si prende atto delle modalità con cui le persone provenienti da altre realtà socio- culturali possano vivere ed esprimere i bisogni di salute e ciò può produrre in loro frustrazione (Bonciani, 2005: 148).

⁷⁵ Per Morrone è possibile individuare cinque livelli di confusione in ambito comunicativo: il livello pre- linguistico, linguistico, meta- linguistico, culturale e ideologico. Il livello pre-linguistico è legato a difficoltà di interpretazione dovute all'incapacità della funzione linguistica di avere un valore denotativo di per sé e non arbitrario. A livello linguistico le difficoltà possono scaturire dal fatto che talvolta i pazienti stranieri utilizzano una lingua intermedia (come l'inglese o il francese), che non comprendono del tutto o in maniera appropriata ed inoltre all'arbitrarietà dei valori o dei significati poiché i lessici linguistici non sempre si sovrappongono. Vi è poi un livello meta – linguistico legato alla diversa precisazione di valori e simboli, un livello culturale, per i diversi significati che si attribuiscono alla malattia ed infine un livello ideologico, legato a differenze di valori esistenziali, filosofici e religiosi alla visione stessa della vita. (Morrone, 1996).

Diversi ricercatori hanno evidenziato come sia importante, pertanto, che in ambito sanitario si prenda adeguatamente in considerazione la diversità culturale, tema attorno al quale ruota un ampio dibattito, anche in riferimento all'organizzazione dei servizi (Fassin, 2004; Schirripa, 2002; Bonciani, 2005; Padovan, Alietti, 2008).⁷⁶ I servizi sanitari, d'altro canto, non sempre sono preparati a confrontarsi con la diversità culturale, né predisposti al dialogo trans-culturale o a comprendere quelle che possono rappresentare “richieste di assistenza altre” (Bonciani, 2005: 153). Le difficoltà di garantire i diritti di salute si intrecciano, così, ha evidenziato Bonciani, con quelle inerenti il rispetto dei “diritti culturali” (Bonciani, 2005: 160), mentre le problematiche relative alla fruizione dei servizi, consentono di ricomprendere la questione del “diritto alla salute”, nella più ampia “questione dei diritti di cittadinanza, in una prospettiva socio – antropologica” (Bonciani, 2005: 145).

Ulteriori problematiche in riferimento alle possibilità di accesso e fruizione dei servizi per la salute si ricollegano alla dimensione dell'informazione (Bonciani, 2005: 150; Nuti Maciocco, Barsanti, 2012) che può riguardare gli immigrati, le immigrate ma anche gli operatori sanitari. In una indagine condotta nella regione Toscana, è stato riscontrato, ad esempio, come la mancanza di informazioni rappresentasse la principale barriera all'accesso ai servizi sanitari per gli stranieri, seguita da difficoltà linguistiche, dall'insufficiente predisposizione di strumenti di facilitazione e da scelte organizzative non adeguate per l'utenza straniera (Nuti, Maciocco, Barsanti, 2012: 168). La carenza di informazioni degli stranieri, secondo questa ricerca può ricollegarsi ad una circolazione delle informazioni volte a orientare l'accesso ai servizi insufficiente, oppure al fatto che le informazioni in circolazione non sempre siano “efficaci” (Nuti, Maciocco, Barsanti, 2012: 173).⁷⁷ Alcune indicazioni, ad esempio, sono scarsamente fruibili o non sono comprensibili affatto per gli stranieri, ad esempio per la mancanza di

⁷⁶ Per ulteriori approfondimenti sul dibattito inerente l'organizzazione dei servizi sanitari, si rimanda ai successivi capitoli successivi.

⁷⁷ Questa indagine condotta con un approccio quali - quantitativo da un gruppo di ricerca afferente al Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore sant'Anna di Pisa e all'Università di Firenze, ha preso in considerazione ed analizzato le statistiche inerenti la salute degli immigrati nella regione, i servizi presenti sul territorio attraverso una loro mappatura, ma anche il punto di vista degli operatori socio – sanitari e degli utenti immigrati (attraverso interviste e focus group) (Nuti, Maciocco, Barsanti, 2012).

una segnaletica tradotta in altre lingue o per il fatto che di rado viene utilizzata la simbologia. (Bonciani, 2005).

In numerose indagini, per altro, è emerso come la scarsa conoscenza da parte degli operatori sanitari della normative e degli iter procedurali inerenti la salute degli immigrati, può creare ulteriori barriere e disorientamento (Nutti, Maciocco, Barsanti, 2012; Bonciani, 2005: 151).

Alle problematiche inerenti l'informazione si ricollega inoltre il ruolo svolto dalle reti sociali nel favorire o ostacolare i percorsi di salute o le possibilità stesse di accesso ai servizi sanitari da parte degli stranieri. Le reti sociali e migratorie in cui sono inseriti, infatti, come rilevato nel precedente capitolo, assolvono un ruolo fondamentale in ambito migratorio (Tilly, 1990, Massey, 1988, Portes, 1995), caratterizzandosi anche in un'ottica di genere (Aderson, 2000, Parrenas, 2001, Decimo, 2005, Spanò, Zaccaria, 2003). Veicolano infatti informazioni, valori visioni del mondo, cosicché alcuni studi hanno focalizzato l'attenzione sull'importanza della dimensione relazionale e dei network sui percorsi e sulle possibilità di accesso e fruibilità ai servizi del territorio, fra cui quelli sanitari.

E' possibile distinguere in tal senso due livelli, in termini di reti, che si influenzano reciprocamente. Da una parte infatti alcune ricerche hanno preso in considerazione le reti sociali in cui gli immigrati o le immigrate sono inseriti, rappresentate il più delle volte dai propri connazionali (reti ego – centrate). Particolarmente significative per facilitare l'accesso e la fruizione ai servizi sanitari, d'altro canto possono essere anche le reti di servizi sanitari e sociali, più o meno formali, presenti sui territori, come hanno rilevato gli studi di Masullo e di Bigot e Russo (Masullo, 2010; Bigot, Russo; 2008).

Bonciani a riguardo, ha ribadito come non vi sia, né tantomeno sia prevista sul territorio nazionale una rete informativa che coinvolga associazioni, servizi di base, strutture di volontariato al fine di raggiungere gli immigrati ed informarli in merito ai loro diritti rispetto alla salute (Bonciani, 2005: 150). In alcune indagini, per altro, anche gli operatori sanitari coinvolti hanno sottolineato l'importanza di "creare connessioni con il territorio" o con le associazioni di immigrati (Nutti, Maciocco, Barsanti, 2012: 197).

Per quanto riguarda invece la variabile di "genere" studi sulla salute e la condizione femminile in contesto migratorio hanno riscontrato come le immigrate

si rivolgano al sistema sanitario in misura maggiore rispetto agli uomini. Le donne infatti, fanno riferimento in prevalenza alle strutture pubbliche e per lo più per motivazioni fisiologiche, correlate a salute riproduttiva, alla gravidanza ed al parto (Tognetti Bordogna, 2012; Bimbi, 2003, Lombardi 2005, Masullo, 2010).⁷⁸ Inoltre per il ruolo di “care-givers” che sovente svolgono in ambito familiare, si rivolgono in misura maggiore a medici o strutture sanitarie, anche per la cura dei loro bambini e del resto della famiglia.

Andiamo adesso ad approfondire gli studi che in una prospettiva sociologica e più propriamente antropologica hanno trattato il tema della salute in un’ottica di genere, focalizzando poi l’attenzione sulle dinamiche, le caratteristiche e le specificità dei vissuti inerenti maternità, gravidanza e parto fra le donne immigrate.

2.2 - Gli studi sulla salute e la migrazione femminile

Il tema della salute in ambito migratorio, in una prospettiva di genere, sottolinea Tognetti Bordogna (2012: 71), si è sviluppato con ritardo in Italia, soprattutto a partire da “problemi specifici e a carattere emergenziale”, ad esempio in riferimento alle preoccupazioni inerenti l’alta incidenza delle Interruzioni Volontarie di gravidanza (IVG) fra le donne straniere o la possibile diffusione di malattie, fra cui quelle sessualmente trasmissibili. Ciò rimanda, all’immagine, allo stereotipo negativo del migrante quale “untore” , in tal caso “untrice”, ovvero portatore o portatrice di malattie “esotiche”, scomparse nella nostra società o potenzialmente pericolose. Tale stereotipo, particolarmente diffuso negli anni passati, è ritornato attuale con il più recente incremento degli sbarchi di richiedenti protezione internazionale, sebbene sia smentito dai dati del Ministero dell’Interno e di quello della Sanità, che rilevano come la salute della popolazione immigrata presenti, piuttosto, un profilo favorevole (Idos, 2016: 236). Numerose indagini in tale ambito, infatti, hanno riscontrato come si possa parlare di “effetto migrante sano” per indicare come la migrazione, soprattutto se motivata da esigenze lavorative, implichi la necessità di buone condizioni fisiche

⁷⁸ Lombardi ha rilevato come da un’analisi delle statistiche in ambito medico emerge che fra donne immigrate le cause principali di ricovero siano da attribuire a gravidanza e parto, dunque a motivazioni prettamente fisiologiche (Lombardi, 2005).

e sia pertanto auto – selettiva, coinvolgendo in primo luogo coloro che sono in possesso di un migliore “capitale di salute” (Geraci, Bonciani, 2011).⁷⁹ E’ con il passare del tempo nel contesto di arrivo e a causa di percorsi di lavoro e di vita usuranti, alle volte ai limiti della marginalità, che il capitale di salute dei migranti si va consumando. Si parla in tal senso di “effetto migrante esausto”(Geraci Bonciani, 2011; Affronti, Baglio, Geraci, Marceca, Russo, 2014). Tali considerazioni si possono ritenere valide sia nel caso delle donne che degli uomini, anche se in misura minore per coloro che partono per ricongiungimento familiare (Geraci, Bonciani, 2011). Inoltre nel contesto migratorio, a causa delle difficoltà di accesso ai servizi può accadere che gli immigrati e le immigrate esprimano minori bisogni di salute e siano pertanto più esposti ad una maggiore morbosità ed a circostanze sfavorevoli. Condizione evidente, fra le donne anche durante il “percorso nascita”, come sottolineano le indagini svolte in questo settore (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2016: 36).

Nel corso degli anni ’90 sia la ricerca che il dibattito politico, in ogni caso, hanno prestato attenzione prioritariamente alle tematiche della salute riproduttiva e della maternità delle immigrate ed i primi studi, in tal senso, sono stati realizzati in ambito epidemiologico e medico (Tognetti Bordogna, 2014). Agli inizi del 2000 si è poi iniziato a prendere in considerazione le problematiche inerenti l’accesso ai servizi, le disuguaglianze (Geraci, Marceca, 1998; Padovan Alietti, 2008), le questioni legate a difficoltà linguistiche ed è stata avviata un’ampia riflessione in riferimento al ruolo ed alla figura della mediazione linguistico-culturale o “trans – culturale”. Figura attorno alla quale ruota attualmente un ampio dibattito (Tognetti Bordogna 2012: 73).⁸⁰

Tali ricerche hanno messo in luce come le questioni inerenti le dimensioni della salute riproduttiva e della maternità per l’importanza che rivestono fra le immigrate, rappresentano punti di osservazione utili per conoscerne le situazioni e le condizioni, per comprendere la salute dei loro bambini, assieme ai programmi ed alle strategie di politica sanitaria (Tognetti Bordogna, 2012; Lombardi, 2005).

⁷⁹ In riferimento a ciò è stato riscontrato come anche nei più recenti flussi migratori di richiedenti asilo, il discorso dell’effetto migrante sano sia ancora valido, in quanto le problematiche mediche riscontrate sono per lo più di lieve entità, e legate alle degradanti condizioni del viaggio. (Idos; 2016: 237).

⁸⁰ Per ulteriori approfondimenti riguardo la mediazione linguistico culturale si rimanda ai capitoli successivi.

Focalizzare l'attenzione su tali ambiti, ha sottolineato Lia Lombardi è per altro importante per il fatto che rappresentano indicatori di salute e di sviluppo delle popolazioni (Lombardi 2005:138). Quella materno-infantile d'altro canto, risulta essere ancor oggi, come riscontrato in diverse indagini, una delle aree più critiche per la salute delle popolazioni immigrata, nonostante le tutele legislative per questo settore (Geraci, Bonciani, 2011; Tognetti Bordogna, 2012; Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015, Agenas, 2013).

Tognetti Bordogna tuttavia, ha evidenziato come seppure sia fondamentale prendere in considerazione gli ambiti della salute riproduttiva, la considerazione e la tutela delle immigrate non può essere legata esclusivamente al loro ruolo di madri. E' invece importante, per la ricercatrice, prestare maggiori attenzioni alle "implicazioni dell'essere donna in un nuovo contesto di vita", spesso precario, in condizioni di "sfruttamento lavorativo e a forte rischio di violenza." Sarebbero necessari inoltre, ulteriori studi volti ad approfondire gli ambiti della salute mentale e psicologica legati allo stress della migrazione o alla presenza di abusi o violenze (Tognetti Bordogna, 2014:75).

Le ricerche sulla salute, in ogni caso, hanno messo in luce quali siano gli aspetti critici per le donne straniere. Fra questi le difficoltà ad accedere ai servizi di cura e prevenzione, il senso di isolamento per l'assenza del reticolo familiare ed amicale rimasto in patria, le pesanti condizioni di lavoro e ambienti abitativi inadeguati. Situazioni particolarmente problematiche, inoltre, possono restare nel sommerso, soprattutto fra le donne impegnate nelle attività di assistenza e cura full time, "notte – giorno", che hanno poco tempo e poche possibilità per poter prestare attenzione alle proprie condizioni di salute. Alle volte, così, è stato riscontrato come le immigrate preferiscano rientrare nei paesi di origine per farsi curare.

Nell'ambito della salute riproduttiva, in particolare, alcune indagini hanno rilevato che le principali problematiche sono rappresentate, oltre che dall'elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, anche da gravidanze ravvicinate, nascite pretermine, basso peso alla nascita dei bambini, pratiche contraccettive non conosciute e non capite ed alle volte da una insufficiente assistenza nel percorso nascita (Lombardi, 2005: 140). Fra le madri straniere, inoltre, sono presenti tassi di natimortalità e di mortalità perinatale più alti. I percorsi di vita delle immigrate alle volte segnati dalla precarietà, possono essere infatti, la causa

di esiti maggiormente sfavorevoli della gravidanza rispetto alle italiane (Agenas, 2013).

Le difficoltà ad accedere ai servizi di cura e prevenzione nell'ambito dell'area materno infantile, si possono ricollegare come evidenza Lia Lombardi, sia ad un'offerta non adeguata alla diversificata domanda della immigrazione femminile, sia a dinamiche di ordine culturale e sociale che possono influire sulle stesse scelte delle donne (Lombardi, 2005).

In tale ambito la riflessione e gli studi condotti nella prospettiva dell'antropologia medica e della riproduzione hanno fornito un importante contributo.

2.3 - La prospettiva dell'antropologia medica in riferimento alla maternità e alla nascita nel contesto migratorio

Le riflessioni condotte nel filone di studi dell'antropologia medica hanno messo in luce che la concezione del corpo, la gravidanza, la maternità, analogamente ai concetti di salute e malattia vanno contestualizzati e considerati come storicamente situati, quali "prodotti umani da analizzare nei loro molteplici processi di produzione"(Quaranta, 2012: XXVII). In ambito migratorio, inoltre, essi rimandano agli universi simbolici dei contesti di provenienza, ai processi di negoziazione, risemantizzazione ed ibridazione culturale.

Un ampio dibattito sulle tematiche della riproduzione, in particolare, ha preso avvio dalla fine degli anni '70, a partire dalle ricerche pionieristiche di Brigitte Jordan e Sheila Kizinger, per svilupparsi attraverso numerose indagini nel corso degli anni '80, '90, fino ad oggi. (Ranisio, 2012: 8). La sfera della riproduzione, pertanto, rappresenta attualmente, rileva Ranisio, un ambito trattato nelle scienze sociali in "modo problematico" (Ranisio, 2012:7).

Questi studi hanno focalizzato l'attenzione sugli aspetti e sulle dinamiche sociali e culturali della "nascita" e del parto ed andando oltre la "concezione esclusivamente biologica", hanno ribadito come debbano essere considerati quali "eventi bio – sociali" (Ranisio, 2012: 8) Eventi che, come ha evidenziato Ranisio "attendono al biologico" ma sono "permeati dalla cultura" e "riguardano il gruppo sociale, le regole e le norme che si dà" (Ranisio, 2012b: 173).

Ranisio in *Le culture della nascita* (2012) ha ripercorso la storia del filone di ricerca dell'antropologia riproduttiva, evidenziando come esso sia collegato alle

riflessioni condotte nell'ambito del movimento femminista che si è sviluppato nel corso della seconda metà del XX secolo. Fra le indagini più significative condotte in questa prospettiva ritroviamo quelle di Jordan (1978, 1984) Kitzinger (1978), Sheper-Hughes, Lock (1987), Duden (1994, 2006), Davi Floyd e Davis (2010) e in Italia Ranisio (1996, 2006, 2010, 2012), Giacalone (2013), Falteri (2013) Pizzini (1999).⁸¹

Inizialmente gli studi di matrice anglosassone hanno focalizzato l'attenzione sulle questioni inerenti l'impatto della medicalizzazione, delle tecnologie riproduttive, della contraccezione, dell'aborto sulla vita delle donne (Lock Scheper Hughes 1987) (Ranisio, 2014: 173).

I lavori di Jordan *Birth in four cultures* (1978) e di Kitzinger *Women as mother* (1978), che hanno rappresentato una sorta di “manifesto per questa impostazione”, hanno posto l'attenzione sulle differenze del parto in diverse culture e società, rilevando come la nascita sia un evento culturalmente e socialmente prodotto e come grazie al confronto fra diverse pratiche ed usanze ad essa connesse, sia possibile “acquisire uno sguardo critico” anche rispetto ai rituali occidentali del parto (Ranisio, 2012: 9). Gli studi di Rich (1977), che si inseriscono nel dibattito femminista, hanno invece, rivalutato la condizione della maternità nella società, contrapponendosi alla concezione che attribuiva ad essa la svalorizzazione della donna legata all'oppressione del sistema patriarcale. Rich, per altro ha messo in rilievo come il modello materno sia influenzato dai contesti sociali e non possa essere considerato pertanto, né universale, né “naturale”. Barbara Duden ha evidenziato, d'altro canto, come la “scoperta del feto” a seguito dell'introduzione di nuove tecniche diagnostiche prenatali, ad esempio l'ecografia, abbia spostato l'attenzione sul bambino i cui interessi sono divenuti prevalenti rispetto a quelli della madre, a differenza di quanto avveniva in passato. Le percezioni e le sensazioni delle donne in gravidanza, inoltre, sono state sostituite dall'autorevolezza del linguaggio medico.

Dai primi anni '90 le tematiche trattate sono state analizzate articolandole anche con le categorie di genere, razza, classe, tenendo conto dei rapporti di potere e

⁸¹ In Italia in particolare un ampio dibattito su tali tematiche ha preso avvio a partire dal convegno Le culture della nascita svoltosi a Milano nel 1985. Per ulteriori approfondimenti in riferimento si rimanda a Ranisio, 2012.

dei meccanismi di controllo sociale che si ripercuotono sulla riproduzione. (Ranisio, 2014: 173).

In tale direzione ad esempio, Martin (1987) ha rilevato come i fattori di classe e di etnia influiscano sulle diverse reazioni delle donne americane alla medicalizzazione esercitata sul corpo femminile, mentre Ginsburg e Rapp nell'antologia *Conceiving the New World Order* (1995), hanno evidenziato come la riproduzione non sia solo socialmente prodotta, ma anche politicamente situata (Bonfanti, 2012: 20).

Attualmente nelle ricerche, ha rilevato Ranisio, si è iniziata a porre l'attenzione sulle questioni inerenti le ripercussioni delle tecnologie di procreazione assistita, dei test genetici sui vissuti, sui percorsi e sulle identità femminili (Ranisio, 2014: 173). Le indagini, inoltre, hanno iniziato a prendere in considerazione anche i contesti virtuali, quali nuovi luoghi di confronto e di acquisizione di conoscenze per le neo – mamme (Ranisio, 2012).⁸²

Particolare attenzione in tale ambito di studi è stata posta alla questione della medicalizzazione della riproduzione e del corpo femminile, tema_ centrale dell'antropologia medica sia per l'attenzione che ad esso hanno rivolto le studiose femministe nel considerare la medicina quale fonte di oppressione femminile, sia per la rilevanza che la bio – medicina ha avuto sulle medicine indigene” come ha ribadito Ranisio (Ranisio, 2012: 69). La medicalizzazione corrisponde all’“applicazione di conoscenze e delle tecnologie mediche ad aspetti della vita che storicamente non erano considerati di pertinenza medica”(Ranisio, 2012: 67).⁸³ Da un punto di vista storico essa può essere considerata come l'esito di un processo che ha preso avvio dal XVIII e XIX secolo, quando in ambito medico si è iniziata a prestare attenzione alla salvaguardia ed al miglioramento della salute della popolazione (Ranisio, 2012: 71) Il percorso storico del processo di medicalizzazione del corpo femminile, così, è strettamente intrecciato alla costruzione della medicina come sapere scientifico (Ranisio, 2012b: 71).

⁸² Emblematico a riguardo lo studio di Rapp (1999) in riferimento all'impatto dell'amniocentesi, esame medico che ha posto le donne dinanzi a nuovi problemi etici trasformandole in una sorta di “pioniere morali”.

⁸³ Ivan Illich (1977) ha considerato il processo di medicalizzazione come legato all' egemonia delle professioni mediche, mentre Zola (1972) ha riconosciuto nella medicina una istituzione di controllo sociale. Per approfondimenti si rimanda a Ranisio, 2012 b.

Tale processo, ha ribadito Ranisio (2012b: 71), può essere associato alla logica del “bio – potere” , concetto foucaultiano con il quale si intende far riferimento alla gestione ed al controllo del corpo umano da parte del potere politico. Il controllo della società sugli individui, infatti, per Foucault si realizza sia attraverso l’ideologia che “attraverso il corpo e nel corpo” (Foucault, 1978).

L’ antropologia medica ed il femminismo, pertanto, hanno denunciato l’eccessiva medicalizzazione del corpo femminile e più in particolare della gravidanza e del parto (Ranisio, 2012b) rilevando come tale processo abbia assunto dimensioni sempre più invasive e si sia esteso all’intero percorso nascita, che si compie ormai, in ogni sua fase, sotto stretto controllo medico (Ranisio, 2012: 27).

In un tempo passato o in altre società, hanno messo in luce gli studi in tale ambito, la gravidanza, il parto erano percepiti quali eventi fisiologici, che chiamavano in causa competenze, capacità e saperi propri della sfera femminile. Attorno ad essi, inoltre ruotavano complessi rituali (Ranisio, 2012:27). Dalla letteratura etnologica, rileva Giacalone a riguardo, è possibile, ad esempio, desumere l’importanza che la nascita aveva “all’interno del ciclo vitale”, la “centralità” attribuita alla relazione madre – figlio “quale unità inscindibile da tutelare e proteggere” ed infine “la paura di eventi incontrollabili, il rischio di vita per la madre e il figlio” da cui scaturiscono numerose prescrizioni e rituali di protezione (Giacalone, 2013:258).

Analogamente nelle culture popolari, ha riscontrato Ranisio, il momento del parto era permeato da una dimensione “sociale” e circondato da “pratiche e credenze magico religiose.” (Ranisio, 2012) Pratiche e ritualità volte a scacciare, o riprendendo un concetto di De Martino, a “de-storificare” il “negativo” , l’imponderabile e far fronte così, al rischio dell’evento.

Dagli anni ’60, il parto è stato sempre più ospedalizzato e medicalizzato, a partire dalla concezione volta ad “eliminare agenti patogeni” e cercando di “evitare l’imponderabile” attraverso l’azione chirurgica (Giacalone, 2013). Si assiste, così, alla “rimozione degli aspetti sociali del parto”, come ha sottolineato Ranisio, mentre il percorso della gravidanza è sempre più organizzato e scandito da tappe gestite in ambito sanitario, alla stregua di una malattia. E’ alla medicina, pertanto che ad oggi, spetta primariamente il compito di “prendersi in carico l’evento”, e darne una “definizione socialmente riconosciuta” (Ranisio, 2012), Emblematico come le varie tali tappe mediche che accompagnano la donna nei

nove mesi di gravidanza siano designate, ad esempio presso i servizi sanitari, con la terminologia di “percorso nascita”.

Nell’attuale società così, la nascita, si pone “al centro di un sistema di potere delle strutture ospedaliere” che ne determinano tempi, luoghi, modalità. Potere che rileva Giacalone, può essere interpretato anche in un’ottica di genere, in quanto rappresenta “il potere dei medici” contrapposto a quello delle ostetriche e delle partorienti (Giacalone, 2013: 259), dal momento che la gestione della nascita, relegata alla dimensione sanitaria, si è trasferita dalle ostetriche ai medici. Il parto, così, è stato sottratto alle donne “in nome della scienza e della sicurezza”, mentre ne è stata rimossa la dimensione olistica (Giacalone, 2013: 259). Negli ospedali, pertanto, la ritualità è quella della scienza, mentre la “mistica tecnologica” ha sostituito quella “degli amuleti e dei riti magico religiosi”, anche se alle volte si possono individuare nuove forme di ritualità (ad esempio le scritte sui muri dei familiari nelle sale di attesa) (Giacalone, 2013:260). Bonfanti, invece, ha rilevato come a livello locale il rapporto fra etno – ostetricia e ginecologia possa essere considerato “la metonimia della relazione fra medicine tradizionali e biomedicina”(Bonfanti, 2012: 14).

Non mancano, per altro, fenomeni di ibridazione culturale o tentativi di contrapposizione alla medicalizzazione imperante che si possono ritrovare, ad esempio, nei movimenti alternativi di resistenza alla nascita tecnocratica, negli indirizzi di bioetica cattolica che “mirano a delimitare i confini della salute riproduttiva”, nella resilienza “di un sostrato di saperi e pratiche popolari sulla nascita” (Bonfanti, 2012: 14). Ranisio, d’altro canto, nello studio del passaggio dal parto tradizionale in casa a quello medicalizzato ha posto in rilievo le “persistenze” e le “trasformazioni di pratiche e credenze” (Ranisio 1996).

Dalla fine degli anni ’80 inoltre, si assiste alla diffusione di un nuovo paradigma che intende restituire una dimensione sociale alla nascita, ridare protagonismo alla madre, al padre ed al nascituro (Kitzinger, 2005), rivalutando l’importanza della relazione terapeutica ed umanizzando gli istituti sanitari, ad esempio attraverso la creazione di nuovi spazi, come con l’introduzione, nei reparti di maternità, del rooming in (Bonfanti, 2012: 25).

“Fra tante diversità” ribadisce Lombardi “vi sono nascite più diverse, quelle della migrazione in cui si incontrano e si intersecano modelli culturali, passaggi, transizioni, aspettative e disagi di diverso tipo” (Lombardi, 2005: 139).

Un particolare filone di indagine in ambito sociologico e dell’antropologia della riproduzione ha prestato attenzione alle condizioni delle madri immigrate, oramai sempre più numerose, ai loro vissuti in riferimento a gravidanza, parto e puerperio ed ai significati attribuiti a tali eventi, prendendo in considerazione, per altro, i rapporti fra sistemi di nascita dei paesi di arrivo ed “etno – ostetricie dei loro paesi di origine” (Bonfanti, 2012: 50). Fra gli studi più significativi in tale ambito nel panorama italiano vi sono quelli di Balsamo (1997) , Lia Lombardi (2005), e Sara Bonfanti (2012) .

Queste ricerche nel focalizzare l’attenzione sulle specificità dei percorsi di maternità in ambito migratorio, hanno messo in luce quali possano essere le problematiche con le quali le madri straniere si scontrano più di frequente.

In ambito migratorio difficoltà linguistiche, differenti orizzonti culturali inerenti le pratiche e la ritualità che fanno riferimento alla nascita, diverse concezioni della persona o del corpo possono contribuire ad erigere barriere culturali e creare gap comunicativi o all’opposto creare nuovi spazi di condivisione o di negoziazione sociale e culturale.

Ci si può per altro interrogare chiedendosi in che misura le madri straniere siano disposte ad adeguarsi ai percorsi di medicalizzazione imposti dagli iter dei sistemi sanitari, o a rinegoziare le pratiche e le modalità del vivere la gravidanza, il parto e più in generale la maternità.

In tal senso ci si può ricollegare alle riflessioni di Gianfranca Ranisio che nelle sue ricerche, ha preso in considerazione la posizione delle donne italiane in relazione al concetto di agency,⁸⁴ evidenziando come le loro scelte, le modalità con cui possono decidere di accettare o cercare di contrastare la medicalizzazione, si ricollegano “alle informazioni di cui sono in possesso, ai condizionamenti cui sono sottoposte, agli strumenti culturali di cui dispongono” (Ranisio, 2012: 37, 38). Ranisio, inoltre, riprendendo le riflessioni di Amalia Signorelli sul

⁸⁴ Il concetto di agency, fa riferimento alla capacità individuale di “dare significato ad eventi e rappresentazioni, accogliendoli o rifiutandoli per adattarsi o resistere” nel momento in cui le persone “promuovono, grazie allo stimolo proveniente da tali eventi, da tali rappresentazioni, una propria forma di soggettività” (Fabietti, 2011:200). Tale concetto pertanto, evidenzia Ranisio, rimanda alla relazione fra cultura linguaggio e società. (Ranisio, 2012:36).

pragmatismo femminile, ribadisce come, anche qualora le donne accettino il controllo della biomedicina sul corpo, ciò si ricollega sovente ad una scelta pragmatica, piuttosto che ideologica. E' per altro possibile, riscontrare forme di ibridazione, in quanto l'adesione e la fiducia nella scienza medica ed il ricorso alla tecnologia non esclude il "mantenimento di aspetti della tradizione popolare" o che fanno riferimento alla sfera religiosa (Ranisio, 2014: 182). Il modo in cui le donne "percepiscono e gestiscono l'ambito della riproduzione", pertanto, per l'antropologa, si pone "all'interno della più ampia costruzione delle loro identità locali" (Ranisio, 2014: 183) e tali considerazioni possono essere particolarmente valide anche qualora si fa riferimento ai vissuti, alle esperienze delle madri migranti.

Gli eventi inerenti il parto, la gravidanza rimandano nel caso delle donne straniere agli universi simbolici, dei contesti di provenienza ma possono essere di continuo rinegoziati, o risemantizzati nei nuovi luoghi e spazi migratori.⁸⁵

E' stato riscontrato, inoltre, come le immigrate "immerse nel cambiamento", non necessariamente tentino di ricreare la concezione della maternità dei paesi di origine (Bonfanti, 2012). Processi di mutamento, d'altro canto, interessano le stesse località di partenza anche perché le pratiche culturali mutano di continuo e vanno pertanto considerate in maniera dinamica e mai statica.

Per Bonfanti, così, dai racconti dalle narrazioni delle esperienze riproduttive delle donne immigrate si evince che "non esistono delle loro culture di nascita", ma piuttosto "nuove, ibride soluzioni con cui le donne affrontano la maternità nel nuovo contesto di accoglienza.

Lia Lombardi, invece ha rilevato come nel corso della sua ricerca sia emersa una considerevole soddisfazione, fra le immigrate, rispetto all'assistenza ricevuta in gravidanza o in occasione del parto e fra loro solo una piccola percentuale, abbia segnalato il mancato rispetto della propria cultura e la mancanza di coinvolgimento della famiglia (Lombardi, 2005).

Alle volte inoltre, le madri straniere nelle fasi del percorso nascita scandite in ambito medico possono "essere considerate inadempienti" (Bonfanti, 2012:

⁸⁵ Per approfondimenti in riferimento al concetto di risematizzazione si rimanda a Signorelli (2006). L'antropologa evidenzia infatti come i significati siano di continuo rielaborati, ricontestualizzati in ambito migratorio.

8). Si tende, infatti, come ha ribadito Lombardi, a non capire o colpevolizzare le donne che si rivolgono tardi ai consultori, seppure per molte di loro la gravidanza non sia da intendersi alla stregua di un evento patologico da monitorare periodicamente. Secondo alcune tradizioni inoltre, rileva Lombardi, si tende a nascondere la gravidanza fino al terzo mese, periodo particolarmente rischioso, proprio quale forma di protezione per madre e nascituro.

In riferimento alle difficoltà riscontrate fra le donne straniere nel corso delle gravidanze, del parto e nella cura dei figli, una delle principali problematiche è rappresentata dall'impoverimento delle reti di relazione e dal "profondo senso di isolamento" in cui possono trovarsi in nel paese di immigrazione (Balsamo 1997, Lombardi, 2005, Marchetti Polcri, 2013). Le immigrate sono infatti, sovente, "sradicate dal loro entourage familiare ed amicale, dai riferimenti culturali inerenti la maternità" e sottolinea Lombardi, "si trovano a partorire in ospedali asettici" alle volte "sole o con il marito" e con difficoltà di comprensione (Lombardi, 2005). Il sistema di assistenza alla nascita medicalizzato e ospedalizzato, inoltre, ha rilevato Lombardi, "non prevede aiuto, accoglienza, assistenza dopo l'ospedale" mentre l'attenzione è rivolta in prevalenza al periodo della gravidanza. Per le immigrate, tuttavia, ha rilevato la ricercatrice il momento più difficile è quello del parto e del "ritorno a casa", ma è proprio in tali fasi che la legge italiana sembra abbandonare la donna. Se le italiane in questi momenti possono disporre di reti relazionale di supporto, ciò non è sempre possibile per le immigrate (Lombardi, 2005)

Per molte culture tradizionali, soprattutto africane, vi è invece "una forte continuità nel "ciclo gravidanza parto- puerperio", considerato come un unico ciclo che richiede un'assistenza globale e non frammentata, poiché "la coppia madre – neonato" è parte di una dimensione sacrale (Giacalone, 2013: 258).

Balsamo, nello studio condotto fra donne egiziane e maghrebine ha evidenziato come l'assenza di un reticolo di ausilio familiare o amicale al momento del parto e del puerperio era per loro particolarmente problematica. Durante il periodo del puerperio ad esempio le neo – madri, nel paese di origine sono circondate di attenzioni ed è consentito loro assoluto riposo. Ciò stride con la situazione di solitudine che vivono nei contesti migratori. Per queste donne, sottolinea così Balsamo, possono esserci "infiniti piccoli problemi, difficili da affrontare quando

non si può contare su aiuti, consigli, quando si è interrotta la tradizione” (Balsamo, 1997: 128).

Nei paesi di origine, inoltre, in alcuni casi, la gravidanza ed il parto sono accompagnati da “ritualità e atteggiamenti protettivi da parte della rete amicale che conferisce alla donna un forte riconoscimento sociale”, ma tutto ciò viene a mancare nei contesti migratori (Lombardi, 2005: 145).

Alcuni studi, in ogni caso, hanno messo in luce come l’assenza di una rete di ausilio e sostegno che nei paesi di origine è rappresentata, per lo più, dalle donne della famiglia, possa contribuire nei contesti migratori a mutare i ruoli di genere in ambito familiare, implicando un maggiore coinvolgimento dei padri (Bonfanti, 2012; Marchetti, Polcri, 2013).⁸⁶ Balsamo, ad esempio, ha riscontrato fra coppie provenienti dal Marocco mutamenti nell’ambito della divisione del lavoro familiare, rilevando come entrambi i genitori siano quasi “costretti” ad occuparsi della cura dei figli ed “a fare cose che nel paese di origine non avrebbero mai fatto” (Balsamo, 1997: 66).

In tal senso le reti di relazione che le madri immigrate intessono nei nuovi contesti, possono assumere una considerevole importanza. Queste possono riguardare, rileva Bonfanti, diverse sfere come la famiglia, le comunità di fede, gli stessi servizi territoriali. L’importanza dei network di relazioni si ricollega anche al fatto che essi possono orientare “sia l’interpretazione della gravidanza che la sua prassi corporea” e i diversi reticoli sociali, “suscettibili di trasformazioni in vista di una nascita”, possono implicare “obblighi ed opportunità per le future madri” (Bonfanti, 2012: 43).

Ulteriori problematiche per le neo madri straniere, sottolinea Lombardi, possono essere attribuite a condizioni di lavoro difficilmente conciliabili con la maternità, ad ambienti abitativi inadeguati per vivere un periodo così delicato come quello della gravidanza e del puerperio, spesso in condivisione con altre famiglie o altri immigrati (Lombardi, 2005: 139), oltre che all’adesione a “modelli culturali ed abitudini che non trovano riscontro nella nostra società”(Lombardi, 2005)

⁸⁶ Bonfanti per altro ha evidenziato che anche la costruzione sociale del padre può essere “storicamente variabile” e attualmente in trasformazione sia fra padri italiani che per gli immigrati (Bonfanti, 2012: 55).

Le condizioni delle donne immigrate e le loro possibilità di accedere ai servizi per la salute, ha evidenziato Lombardi, possono influire considerevolmente anche sugli esiti dei parti, e sulla salute dei loro bambini. (Lombardi, 2005: 142).

Uno studio dell' Agenas ha poi evidenziato come l'accessibilità ai servizi per le madri straniere sia fortemente condizionata sia dalle informazioni e dalle conoscenze che possiedono, che dalla qualità della relazione fra operatori ed utenti (Agenas, 2013).⁸⁷

Da più parti così, è stato ribadito come sia necessario adeguare i servizi ed i percorsi formativi degli operatori sanitari al fine di poter prestare attenzione anche all'utenza, oramai sempre più significativa, rappresentata dalle donne straniere. La natalità immigrata, così, ha evidenziato Bonfanti, finisce per incidere sulla ristrutturazione del sistema sanitario (Pasini, Pullini, 2002; Tognetti, Bordogna, 2005), per poi ripercuotersi su tutti i settori della vita sociale (Bonfanti, 2012: 14). Nella sanità italiana, tuttavia, il progetto del “nursing interculturale” caratterizzato da un'assistenza medica “capace di accogliere e valorizzare le differenze”, che pone al centro di un modello di cura dialogico, la figura dei mediatori culturali, è ancora in fase di sperimentazione (Bonfanti, 2012: 40). Più faticosa può essere, pertanto, la “matro – poiesi” per le donne straniere, poiché “collocata in un crinale esistenziale dove il tentativo di riproporre teorie e pratiche natali delle culture d'origine” può stridere, ribadisce Bonfanti, “con la realtà sociale e istituzionale italiana”⁸⁸ (Bonfanti, 2012: 51).

2.4 - La gravidanza e le interruzioni volontarie di gravidanza: gli studi statistici.

Numerose indagini hanno rilevato come i comportamenti correlati alla salute riproduttiva delle immigrate si diversificano rispetto alle donne italiane (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2013; Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015).

Gli studi che, periodicamente, monitorano tali comportamenti a partire dall'analisi delle statistiche a disposizione, forniscono informazioni sui tassi di natalità e

⁸⁷ Tale studio riporta i risultati di una indagine condotta dall'Agenas nell'ambito di una progettualità che coinvolge diverse regioni italiane (Agenas, 2013).

⁸⁸ Matro- poiesi è il neologismo con il quale Bonfanti ha voluto far riferimento alla costruzione sociale e culturale della madre, della maternità. (Bonfanti, 2012: 1).

fecondità sulle caratteristiche e sulle condizioni delle madri straniere, sull'andamento inerente le interruzioni volontarie di gravidanza.

Da queste si evince come, rispetto alle italiane, le madri immigrate hanno in media più figli, sono più giovani ed offrono un importante contributo in termini di fecondità e di natalità (Censis, 2015:13), sebbene, come ha rilevato l'Istat, il comportamento riproduttivo fra i due gruppi con il passare del tempo diviene sempre più simile.⁸⁹ Fra le immigrate, inoltre, vi è una quota maggiore di interruzioni volontarie di gravidanza che può essere interpretata quale “spia di condizioni di disagio”, del fatto che le difficoltà delle migrazioni possono ripercuotersi anche sui percorsi legati alla maternità, o essere spiegata in relazione a comportamenti culturali differenti (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2015; Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015).

2.4.1- I nati stranieri e le caratteristiche delle madri immigrate

L'analisi del bilancio demografico degli ultimi dieci anni in Italia mostra una costante riduzione della quota di donne in età feconda (fra i 15 ed i 49 anni) e della natalità (Istat, 2016).⁹⁰ Nel 2015 è stato raggiunto il nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia per numero di nascite. La diminuzione della fecondità riscontrata negli ultimi cinque anni è, secondo l'Istat, una conseguenza degli effetti sociali del protrarsi della crisi economica e delle difficoltà lavorative e abitative delle giovani coppie, che pertanto posticipano il progetto di avere dei figli.

Il numero complessivo dei nati nel decennio 2005 – 2015, come si desume dalle statistiche più recenti, è così diminuito, passando da 554.022 del 2005 a 485.780 nel 2015 (Istat, 2016).⁹¹ E' aumentato invece, nell'arco del decennio il numero di

⁸⁹ Secondo i dati Istat inerenti l'incidenza dei nati stranieri sul totale dei nati residenti in Italia è più che triplicata nel periodo che va dalla fine degli anni '90 alla fine del primo decennio del 2000. Nel 1999 infatti era rappresentata dal 4,0% mentre nel 2008 era il 12,6%. Tuttavia nell'ultimo periodo l'incremento si è ridotto. (Istat, 2016).

⁹⁰ Ciò a fronte di un innalzamento dell'età media della popolazione e dell'indice di vecchiaia. Questi fattori, insieme all'aumento della sopravvivenza, stanno gradualmente configurando un contesto demografico sempre più sbilanciato tra i rapporti intergenerazionali delle principali componenti della popolazione (giovani, adulti, anziani). (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2016).

⁹¹ Nel 2015 le nascite sono state 488 mila (8 per mille residenti), quindicimila in meno rispetto al 2014. Inoltre il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna. L'età media delle madri al parto sale nel frattempo a 31,6 anni. Fra il 1995 e il 2008 si è

bambini nati da almeno un genitore straniero, che è passato dal 13% del 2005 al 20,7% del 2015. I nati con entrambi i genitori stranieri, rappresentavano invece il 9,4% del totale delle nascite nel 2005 per aumentare a 14,8% nel 2015 (Istat, 2015).

Per un certo periodo di tempo le cittadine straniere hanno compensato il calo di nascite delle donne italiane, ma negli ultimi anni ed in particolare a partire dal 2013 è stato possibile riscontrare una diminuzione della fecondità anche fra loro (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2016).⁹²

Nel 2015 le nascite da madre straniera pur essendo in calo restano, in ogni caso, rilevanti, rappresentando il 19,2% del totale (Istat, 2016). Le cittadine italiane, inoltre, hanno in media 1,28 figli (1,29 del 2014) e l'età media alla nascita dei figli è di 32,2 anni. Le madri straniere invece hanno in media 1,93 figli (1,97 nel 2014) e l'età media alla nascita dei figli delle è di 28,7 anni (Istat, 2016: 8).

Analizzando a livello territoriale i dati inerenti le nascite con uno o entrambi i genitori stranieri è emersa, poi, una considerevole variabilità fra le diverse aree del territorio nazionale. In particolare nelle regioni del nord e del centro, caratterizzate da una presenza straniera più stabile e radicata, si registra una incidenza superiore alla media nazionale, a differenza delle regioni meridionali e delle isole. Secondo i dati Istat al 2015, in particolare, in Emilia-Romagna è stato registrato il 30% di neonati da genitori stranieri, in Lombardia circa il 28% e in Toscana il 25%. Sono invece molto più basse le quote osservate nel Mezzogiorno, che vanno dal 7% in Campania al 10% in Calabria (Istat, 2016 : 8).

verificato un aumento della natalità per effetto di opposte dinamiche territoriali: l'aumento dei nati infatti si è registrato solo nelle regioni del Centro e del Nord, mentre al Sud e nelle Isole è proseguito il fenomeno della denatalità. Tuttavia a partire dal 2009, in tutte le aree del Paese è stato registrato un calo, in parte riconducibile ad un effetto "strutturale" (all'uscita dall'esperienza riproduttiva delle generazioni di donne nate a metà degli anni '60, molto più numerose delle generazioni più giovani). (Istat, 2016; Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015).

⁹² Nel 2013 in Italia l'Istat rivelava per la prima volta una diminuzione dei nati da almeno un genitore straniero, registrando 3.239 nascite in meno rispetto al 2012. Nel 2014 tale dato si mantiene stabile con circa 104.000 nati da almeno un genitore straniero, pari al 20,7% del totale dei nati a livello nazionale (29% nel Nord e 8% nel Mezzogiorno). Prosegue, invece, la riduzione dei nati da entrambi i genitori stranieri, che con 75.067 nati nel 2014, sono scesi di 4.827 unità negli ultimi 2 anni (79.894 nel 2012 e 77.705 nel 2013).

Secondo l'Istat si va riducendo anche il contributo delle cittadine straniere alla natalità ed i nati da madre straniera nel 2015 scendono a 93 mila ossia oltre 5 mila in meno (-5,4%) rispetto al 2014. Quelli da madre italiana, dal loro canto, scendono a 394 mila riducendosi di oltre 9 mila (-2,4%) (Istat, 2016)

Alcune indagini condotte periodicamente a livello nazionale e regionale prendono in considerazione i dati che si possono desumere dai Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP) ⁹³ che forniscono informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico.

Nel Rapporto sull'evento nascita in Italia 2015 realizzato dal Ministero della Salute, che ha preso in considerazione di dati forniti dalle Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) del 2013, si evince che i parti di donne straniere costituivano per quell'anno il 20% del totale, ma il fenomeno, era più diffuso al Centro-Nord dove superavano il 25% (rappresentando il 30% in Emilia Romagna e Lombardia) (Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015)⁹⁴ L'analisi dei certificati CeDAP consente di desumere le differenze in riferimento all'età, alla scolarità ed alla condizione professionale fra madri italiane e straniere. In particolare l'età media di 32,7 anni per le italiane, per il 2013, si riduceva a 29,7 anni per le cittadine straniere (i valori mediani erano, invece, di 32,5 anni per le italiane e 29 anni per le straniere). Analogamente l'età media per nascita del primo figlio, superiore ai 31 anni per le cittadine italiane (nonostante le sensibili variazioni tra le regioni del Nord e quelle del Sud), mentre risultava fra le straniere, di 27,9 anni. Riguardo il livello di istruzione invece, dai dati è emerso come le italiane avessero una scolarità, per lo più, medio alta (per il 44,2%), mentre fra le madri straniere era prevalente un titolo di studio medio basso (per il 48,3% di loro). In riferimento, infine, alla condizione professionale il rapporto evidenziava che il 57% delle madri italiane avesse un'occupazione lavorativa e fra loro il 29,8% risultavano casalinghe e il 10,9% disoccupate o in cerca di prima occupazione. Nel caso delle straniere, invece, gran parte di esse, il 53,1% erano casalinghe. Inoltre secondo il report varia anche il periodo in cui è, in genere, realizzata la prima visita in gravidanza, dal momento che coloro che effettuano la prima visita a partire dalla 12° settimana erano solo il 2,6% fra le

⁹³ La schede CeDAP sono certificati redatti, non oltre il decimo giorno dalla nascita, da parte dell'ostetrica, del medico che ha assistito il parto o del responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita. Nel caso di nati morti e/o in presenza di malformazioni del feto, nel certificato sono rilevate specifiche informazioni a cura del medico accertatore. Essi riportano informazioni inerenti il parto, la madre ed il bambino. Sono dunque importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria ed per la programmazione sanitaria nazionale e regionale nell'area materno-infantile. (Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015)

⁹⁴ La rilevazione del 2013, che ha preso in considerazione un totale di 526 punti nascita in Italia, presenta secondo un elevato livello di completezza (Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015)

italiane, ma tale percentuale saliva al 12,3% per le donne straniere (Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015).

Secondo questa indagine le aree geografiche di provenienza più significative delle madri straniere al 2013 erano rappresentate dall' Africa (25%) e dall' Unione Europea (26%), mentre le madri di origine Asiatica e Sud Americana erano rispettivamente il 18% e l'8%. Un ulteriore differenza è stata riscontrata in riferimento alla modalità di parto prevalente: il parto cesareo è infatti risultato essere più frequente fra le donne con cittadinanza italiana (37,3% nei parti) rispetto alle straniere (28,5%)⁹⁵ (Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015).

Riguardo, invece, alle nazionalità le madri immigrate secondo i dati Istat riferiti al 2012 sono rappresentate in primo luogo da rumene (19.415 nati nel 2012), poi marocchine (12.829), albanesi (9.843) e cinesi (5.593), comunità che costituiscono quasi la metà delle donne straniere.

2.4.2 - Le interruzioni volontarie di gravidanza

Differenze fra donne italiane e straniere si possono desumere anche in riferimento ai dati le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG). L'importanza di focalizzare l'attenzione sulle pratiche abortive delle immigrate, considerate in Italia fra "legalità e disapprovazione" , secondo Lombardi , risiede nel fatto che esse possono essere rilevatrici di disagi, oltre che rappresentare indicatori di salute riproduttiva (Lombardi, 2005: 147).

Nel corso degli anni a fronte di un considerevole decremento del tasso di abortività fra donne italiane è stato riscontrato un aumento degli aborti fra le immigrate, dovuto sia all' incremento della presenza straniera sul territorio nazionale che ad un maggior ricorso ad essi, da parte delle straniere.

Secondo i dati del Ministero della Salute inerenti l'andamento dell' aborto in Italia, infatti, dal 1983 è stato possibile rilevare una diminuzione generale del

⁹⁵ Secondo il Rapporto sull'evento nascita in Italia del 2013 per altro in Italia vi è un eccessivo ricorso al parto con taglio cesareo, che rappresenta il 35,5% del totale, sebbene l'incidenza del parto cesareo varia fra e diverse regioni ed in riferimento alle strutture del parto. In case di cura accreditate corrisponde al 53,8% dei parti, mentre in quelle pubbliche al 33,1%. (Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015) Inoltre in Campania si registra una quota di parti con tagli cesareo molto elevata (circa il .60% del totale) Per approfondimenti di rimanda ai capitoli successivi. (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2016).

fenomeno. Nel 2014 inoltre per la prima volta il numero delle IVG è risultato inferiore a 100'000, circa la metà rispetto al 1982, l'anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia (Ministero della Salute, 2015).⁹⁶ Il trend degli aborti fra donne straniere è tuttavia opposto, poiché è aumentato nel tempo, per stabilizzarsi negli ultimi anni su valori pari a circa quattro volte in più rispetto alle italiane. Nel 1995, l'anno in cui il Ministero ha iniziato a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, le donne straniere che hanno effettuato una IVG erano 8.967. Tale valore ha raggiunto un massimo nel 2007 (40'224 IVG) ma da allora si è osservata una stabilizzazione e successivamente un leggero decremento. Nel 2013 dai dati riferiti dalle Regioni il valore risultava 33'685 e le donne straniere rappresentavano il 34.0% del totale (nel 1995 erano invece il 7%) (Ministero della Salute, 2015).⁹⁷

Nel 2014, invece, le IVG fra donne immigrate corrispondono 34,2% del totale ed hanno una maggiore incidenza nelle regioni settentrionali (Triassi, Pugliese, Castronuovo, Esposito, Passaro, 2016: 36).⁹⁸

La riduzione del fenomeno tra le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria può essere un segnale di integrazione e di mutamenti anche dei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile.⁹⁹

Il frequente ricorso all'aborto, in ogni caso, il rinviare a tempo indeterminato la realizzazione del desiderio di figli, secondo Lombardi, si spiega in riferimento alle difficoltà che le donne vivono con la migrazione. Difficoltà che si ripercuotono sulle scelte in merito alla maternità con la quale le immigrate possono sviluppare un rapporto conflittuale e problematico e la conseguenza di ciò può essere rappresentata da profonde lacerazioni identitarie (Lombardi, 2005: 147). Il maggior ricorso alle IVG, infatti, può essere ricondotto a situazioni di

⁹⁶ Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2014 è risultato pari a 7.2 per 1000, con un decremento del 5.9% rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982 (17.2 per 1000).

⁹⁷ Il contributo delle donne straniere si è stabilizzato negli anni in termini percentuali ed è diminuito in valore assoluto (33'685 nel 2013, rispetto a 35'388 nel 2012 e 40'224 nel 2007). Nel 2013 le immigrate avevano un tasso di abortività del 19.0 per 1000, corrispondente a una tendenza tre volte maggiore, in generale, e quattro volte per le più giovani rispetto alle italiane.

⁹⁸ Considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, la riduzione per le donne italiane dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 70.9%, passando da 234'801 a 68'382.

⁹⁹ Le donne straniere che ricorrono all'IVG presentano caratteristiche socio-demografiche diverse rispetto alle cittadine italiane. Riguardo l'età per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 3-4 volte. La classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni, sia per le italiane che per le straniere.

precarietà economica, alla mancanza di condizioni non adeguate per prendersi cura dei figli ed in alcuni casi alle difficoltà di accesso ai servizi o alle conoscenze ed alle pratiche contraccettive, che possono a loro volta ricollegarsi a questioni identitarie, culturali o religiose (Lombardi, 2005: 147).¹⁰⁰

Nei percorsi di salute delle donne straniere è così, centrale il ruolo svolto dai Consultori ginecologici, per la gravidanza, per la prevenzione e lo screening e per il rilascio delle certificazioni sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Le immigrate infatti si rivolgono ad essi in misura maggiore rispetto alle donne italiane.¹⁰¹

¹⁰⁰ Nell'indagine condotta da Lia Lombardi a Milano, nella quale sono stati presi in considerazione i dati della clinica ostetrica, Mangiagalli è emerso come i ricoveri per IVG fossero più frequenti fra donne di più recente immigrazione, i parti invece prevalenti fra popolazioni maggiormente stabili sul territorio (Lombardi, 2005: 144).

¹⁰¹ Per un approfondimento in riferimento all'importanza e alla centralità dei consultori si rimanda al Capitolo IV.

CAPITOLO III

Il pendolo delle responsabilità: contraddizioni normative e diseguaglianze di salute.

A fronte di un sistema sanitario universalistico e di una legislazione inclusiva in materia di immigrazione e salute, permangono in tale ambito, molteplici diseguaglianze come hanno messo in luce numerose indagini (Geraci, Bonciani, 2011, Tognetti Bordogna, 2012, Masullo, 2010, Bigot, Russo, 2008). Diseguaglianze che alle volte rasentano forme di discriminazione e che per altro, possono ricollegarsi al modo di funzionare del sistema sanitario, alle politiche sociali, sanitarie e migratorie, ma anche ai percorsi ai progetti migratori individuali e a fattori socio-economici.¹⁰² In alcuni casi, inoltre, esse possono essere ricondotte alle differenze territoriali legate alle difformità fra i diversi sistemi sanitari regionali e riguardano, pertanto, in maniera trasversale sia gli italiani che gli stranieri. A queste se ne intrecciano delle altre che fanno riferimento alla diversa applicazione delle normative e delle politiche migratorie a livello locale, e che riguardano, pertanto, più nello specifico la condizione dei migranti.

Numerose tensioni e problematiche, infatti, nell'ambito della dimensione di immigrazione e salute nascono dall' "intreccio e dall'ambiguità dei diversi livelli dell'impianto istituzionale e normativo" poiché si accavallano molteplici indicazioni a livello europeo, nazionale e regionale "creando un'architettura delle competenze istituzionali" talora "contraddittoria" come hanno evidenziato alcuni studi (Bigot, Russo, 2012; Geraci, Bonciani, 2011) In riferimento a ciò ed alla ripartizione delle mansioni, fra lo Stato e le Regioni, secondo alcuni studiosi, come Geraci è possibile parlare, pertanto, di "pendolo di competenze e possibilità" (Geraci, Bonciani, 2011).

¹⁰² L'OMS ha riconosciuto le dimensioni sociali legate alle diseguaglianze di salute nell'ambito della Commissione dei Determinanti di Sociali della Salute del 2008, nella quale si evidenziava come vi sia a una differente distribuzione dei "determinanti di salute" fra diversi gruppi di popolazione. I "determinanti sociali di salute" sono rappresentati dalle "condizioni nelle quali le persone sono nate, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano incluso il sistema sanitario". Nei documenti *Health21* e *Health for all*, l'OMS riconosce la dimensione morale e etica della diseguaglianza e l'uguaglianza in salute come un diritto fondamentale.

Nel corso di questo capitolo, passando in rassegna l'evoluzione delle normative in tema di salute ed immigrazione, si approfondirà come le disuguaglianze generate dalla eterogeneità territoriale prodotta dalle riforme del sistema sanitario messe in atto a partire dagli anni '90, si intrecciano a quelle che si ricollegano all'attuazione di norme specifiche sull'immigrazione nei diversi contesti territoriali. Si focalizzerà quindi, l'attenzione sulle peculiarità delle politiche sanitarie nell'ambito dell'immigrazione e della salute nel contesto regionale campano ed in quello toscano ed infine si prenderà in considerazione l'Accordo, sancito nel 2012, fra Stato Regioni e Province Autonome volto a uniformare le normative e le disposizioni in questo ambito sul territorio nazionale, evidenziando come rappresenti, tuttavia, un percorso ancora incompiuto. Alcune considerazioni finali saranno volte ad evidenziare come nonostante il percorso di riconoscimento dei diritti di salute persiste una legislazione differenziata e categoriale in questo ambito, che si può analizzare in riferimento al concetto di "cittadinanza sanitaria" elaborato nell'ambito dell'antropologia medica (Schirripa, 2015).

3.1 - Il sistema sanitario e l'immigrazione, fra regionalizzazione, aziendalizzazione e tagli al welfare.

Il sistema sanitario italiano, così come istituito dalla legge 833 del 1978 è di stampo universalista (ispirandosi al modello beveridgiano). Esso si basa infatti sui principi di "*universalità*" per il quale sono garantite prestazioni sanitarie a tutti i cittadini senza distinzione di condizioni individuali, di "*uguaglianza*", che sancisce il diritto alle medesime prestazioni a parità di condizioni sociali e di reddito e di "*globalità*", con il quale si intende prestare attenzione alla persona nel suo complesso e non semplicemente alla malattia. Il Servizio Sanitario italiano, inoltre, è stato organizzato sulla base della territorialità con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (Unità Sanitarie Locali) trasformate poi in Aziende Sanitarie Locali con le successive riforme degli anni '90 alle quali è affidata la gestione dell'assistenza sanitaria a livello locale.

Una estrema variabilità ed eterogeneità territoriale, tuttavia, è stata prodotta a partire dalle riforme realizzate dagli anni '90, volte alla regionalizzazione ed aziendalizzazione, per far fronte a problematiche finanziarie e di budget, che hanno dato origine ad una situazione complessa nella definizione organizzativa

dei servizi. In particolare il D.Lgs 502/ 1992 poi modificato in Dlg.s 517/1993 *Riordino della disciplina in materia sanitaria* il D.Lgs. 229/99 (Decreto Bindi) *Norme per la razionalizzazione del SSN* e la Legge Balduzzi del 2012 (D'onofrio G, 2014),

Tali riforme, recepite con tempi diversi fra le regioni italiane hanno condotto a differenti “modelli di governance” che si suole raggruppare in sulla base di tre tipologie: il modello basato sulla *competizione* fra organizzazioni sanitarie, improntato a logiche di quasi – mercato e caratterizzato da un rapporto verticale fra regione e territorio (come nel caso della Lombardia), quello basato su *cooperazione o integrazione* fra le organizzazioni sanitarie tipico delle regioni centro – settentrionali e del nord – est, ed infine il *modello residuale - incrementale* o anche modello debole (Dimasi, 2013 : 25). Quest’ultimo è per lo più tipico delle regioni meridionali, con difficoltà a mettere in atto il modello scelto a causa della forte presenza di meccanismi burocratici di governo, ed assenza di strumenti di regolazione efficace (Dimasi, 2013 : 25).

I criteri di accesso e fruizione dei servizi sociosanitari, pertanto, anche se garantiti formalmente dalle norme, sono declinati nei diversi territori in maniera differente, (Pitzalis, 2012) come è stato rilevato in numerose indagini, talora derogando finanche ai Livelli Essenziali di Assistenza. (Geraci, Bonciani, 2011).

La Campania in particolare a causa del disavanzo della spesa è una delle regioni nelle quali a partire dal 2007 è stato messo in atto un Piano di Rientro, mentre dal 2009 è stato nominato un Commissario Straordinario per la sanità.

La Toscana ha, invece, realizzato un modello sanitario basato cooperazione ed integrazione e nel 2015, in una indagine comparativa svolta dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, è risultata essere al primo posto, fra le regioni italiane per l’ erogazione e la garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) (A.ge.nas, 2015).

Nell’attuale contesto di crisi economica, inoltre, i tagli al welfare al settore della sanità sovente ridefiniscono i confini dei diritti acquisiti in riferimento alle possibilità ed ai percorsi di salute, sia fra italiani che fra stranieri.¹⁰³ Ciò può

¹⁰³ Nel 2015 l’Accordo fra il Ministro della Salute Lorenzin e le Regioni ha previsto una riduzione del fondo sanitario, pari a 2,35 miliardi di euro, da realizzarsi attraverso il taglio del 5% sui contratti per beni e servizi e per le forniture di dispositivi medici, il taglio dell’1% della spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (rispetto al consuntivo 2014), la rinegoziazione dei prezzi di alcuni farmaci. Fonte sito ufficiale dell’Agenas

essere particolarmente vero in regioni in Piano di rientro, come la Campania, ma anche in regioni “virtuose”, quali la Toscana, dove dal primo gennaio 2016 è stato ridefinito l’assetto sanitario attraverso un accorpamento delle A.S.L., che da 12 sono state ricondotte a tre “Aree Vaste”, in un percorso attorno al quale ruota un ampio dibattito ed i cui esiti, sono, al momento incerti. Ci si può, così, interrogare chiedendosi in che maniera i tagli alla spesa sanitaria in diversi contesti territoriali regionali possano influire anche su attività e progettualità specifiche nell’ambito della salute delle donne straniere, fra cui i servizi di mediazione, le possibilità formative degli operatori, le possibilità di offrire servizi attenti alle esigenze ed ai bisogni dell’utenza (quali ambulatori dedicati, orari di apertura che facilitino l’accesso e la fruibilità). Nel corso della ricerca si vedrà, pertanto, come i tagli alla spesa sanitaria influiscano nell’ambito di tali attività nei due contesti di Pisa e Napoli.

3.2 - Le norme in riferimento alla salute dei migranti: evoluzione nel tempo e incongruenze.

Il diritto alla salute ed all’accesso alle cure sanitarie è un principio che trova il proprio fondamento in diverse fonti normative. Nell’ambito della legislazione internazionale è sancito fin dalla Dichiarazione dei Diritti dell’Uomo del 1948 e ribadito nella Dichiarazione della Organizzazione Mondiale della Sanità del 1998. A livello europeo l’inviolabilità del diritto alla salute degli individui si riscontra nella *Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea* (art. 35) e nell’ambito del documento finale della Conferenza di Lisbona del 2007, del Consiglio dell’Unione Europa *Health and migration in the EU: better health for all in an inclusive society* che sostiene, per altro, la necessità di monitorare le condizioni di salute dei migranti attraverso l’individuazione di indicatori condivisi (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010).¹⁰⁴ Le risoluzioni europee *Health in all politics inclusion* del Consiglio di Europa, *Reduction des inegalité de santé dans L’union européenne* del Parlamento Europeo del 2011 (n. 2089), inoltre, sollecitano gli

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2155

¹⁰⁴ L’approccio europeo *Health in all politics*, in particolare, stabilisce i principi guida delle politiche europee mentre l’*Health Impact Assessment* rappresenta uno “strumento” per regolare e correggere gli effetti negativi di altre politiche nell’ambito della salute dei migranti.

stati membri ad inserire la lotta per le diseguaglianze di salute nell'ambito delle loro agende politiche, con un riferimento ai gruppi più vulnerabili.

A livello nazionale il diritto alla salute è sancito nell'art. 32 della Costituzione, e per i migranti più nello specifico nelle disposizioni di legge ordinaria in materia di immigrazione (D.Lvo 25 luglio 1998, n. 286, art. 35, comma 3) oltre nell'ambito di importanti pronunce della Corte di Cassazione.

Dalla fine degli anni '90 l'Italia, in particolare si è dotata di una legislazione inclusiva in materia di salute ed immigrazione, volta a garantire diritti di salute ad immigrati ed immigrate regolari, che hanno l'obbligo di iscrizione al SSN ma anche irregolari, prestando, per altro, attenzione anche a categorie particolarmente fragili, rappresentate dalle donne in gravidanza o dai minori.

Il primo intervento legislativo specifico sull'immigrazione la Legge n. 943/86, rivolta essenzialmente ai "lavoratori stranieri" prevedeva per gli immigrati in regola con il soggiorno e in possesso del certificato di residenza, sul piano teorico, gli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani, come sancito nell'art. 1.¹⁰⁵ La tutela della salute, tuttavia, restava diversificata e limitata, poiché la legge faceva riferimento esclusivamente al lavoratore e alla sua famiglia. Il secondo intervento legislativo sull'immigrazione, la Legge n. 39/90, la cosiddetta Legge Martelli, non ha apportato novità rilevanti riguardo tale ambito.¹⁰⁶

E' tuttavia, l'art. 13 del Decreto Dini del '95 (D.L. n. 489) a consentire l'emersione del diritto di salute per gli stranieri, di cui in precedenza si facevano carico soprattutto enti quali associazioni o cooperative afferenti al "terzo settore". Tale decreto ha esteso le possibilità di "cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative" ed i programmi di medicina preventiva anche agli irregolari ed ai clandestini, denominati come nella successiva legislazione in materia "stranieri temporaneamente presenti. Per questa utenza ha sancito il divieto di segnalazione da parte di medici ed operatori sanitari, salvo i casi di obbligatorietà del referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

¹⁰⁵ Il fenomeno dell'immigrazione straniera viene istituzionalmente ignorato fino al dicembre 1986. Gli unici atti formali che dal dopoguerra alla seconda metà degli anni ottanta hanno delineato una politica immigratoria erano rappresentati da circolari amministrative volte a controllare e limitare la presenza straniera.

¹⁰⁶ Essa in particolare prevedeva l'iscrizione al servizio sanitario nazionale per i "cittadini extracomunitari e gli apolidi, che chiedevano di regolarizzare la loro posizione ai sensi del comma" che potevano iscriversi all'USL del comune di effettiva dimora.

Un'attenzione particolare, inoltre, è stata prestata dal decreto Dini, alla tutela sociale della maternità e della gravidanza. Questa norma è stata reiterata cinque volte (l'ultima scaduta nel novembre 1996), ma successivamente l'impianto normativo è tornato ad essere quello preesistente al decreto, sebbene una Ordinanza del Ministero della Sanità, confermata, con alcuni vuoti temporali, fino alla emanazione della Legge 40/98, ne ha poi, ripreso le disposizioni.

Il diritto alla salute per i migranti, in ogni caso, è stato sancito in maniera organica a partire dalla legge 40 del '98 la Turco-Napolitano (art 34, 35, 36) confluita nel D.Lgs 286 del '98, il "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero che assieme al suo Regolamento di Attuazione (il D.P.R. 394/99), ed alla Circolare del Ministero della salute 5/2000, costituisce l'attuale impianto normativo volto alla tutela della salute degli stranieri.

La legge 40 del '98 ha rappresentato, pertanto, un "traguardo importante" apportando significativi cambiamenti in questa materia, in quanto ha affrontato ed in parte risolto i "punti critici" che impedivano agli stranieri di godere di un diritti fondamentali e sanciti dalla Costituzione, come quello alla salute (Geraci Bonciani Martinelli, 2010). Tali innovazioni, sono confluite nell' *articolo 34* del Testo Unico sull'immigrazione, che si riferisce agli immigrati regolari, nell' *art. 35* del D.Lgs 286/98 contenente le norme rivolte agli stranieri irregolarmente presenti sul territorio italiano non iscritti al Ssn e *nell'art. 36* D.Lgs 286/98 che disciplina l'ingresso e il soggiorno per cure mediche.¹⁰⁷

In particolare tale norma ha previsto l'estensione dell'obbligo di iscrizione al S.s.n. per gli stranieri regolarmente soggiornanti e per i loro familiari a carico (art. 34 del Testo Unico) senza la necessità del requisito della residenza ed a parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani.¹⁰⁸

¹⁰⁷ In base a tale articolo lo straniero che vuole ricevere cure mediche in Italia e l'eventuale accompagnatore, possono presentare una dichiarazione, rilasciata dalla struttura sanitaria prescelta, che indichi il tipo di cura, la data d'inizio e la durata del trattamento terapeutico, per ottenere uno specifico visto d'ingresso ed il relativo permesso di soggiorno. La norma prevede inoltre il deposito di una somma a titolo cauzionale che tenga conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste. Il Regolamento di attuazione e la Circolare del Ministero della sanità (n. 5 del 24.03.2000) forniscono a riguardo ulteriori chiarimenti.

¹⁰⁸ Come indicato espressamente dell'art. 34 del D.lgs. 286/98 "hanno l'obbligo di iscrizione al Ssn e gli stranieri regolarmente soggiornanti "per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza" o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per le suddette motivazioni. Lo straniero assicurato al Ssn è iscritto nell'Azienda

In tal modo ha esteso il numero dei destinatari, i quali inoltre, a partire da essa non sono più costretti a rinunciare, per motivi burocratici, alla copertura sanitaria, poiché l'iscrizione non scade durante il rinnovo del permesso di soggiorno o in caso di nuova iscrizione sul permesso dei genitori dei figli nati in Italia a differenza (Geraci Bonciani, Martinelli, 2010).¹⁰⁹

Per gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno, invece, in base all' *art 35 del Testo Unico* sull'immigrazione, è previsto l'accesso alle "cure ambulatoriali ed ospedaliere "urgenti" o "essenziali", per malattia ed infortunio e la possibilità di essere inseriti in programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva".¹¹⁰ A tale utenza, pertanto, è rilasciato un particolare codice regionale individuale di accesso a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente),¹¹¹ riconosciuto su tutto il territorio nazionale con validità semestrale e rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale. La tessera STP identifica gli stranieri irregolari per tutte le prestazioni previste ed anche per il rimborso di quelle effettuate da parte delle

sanitaria locale del comune in cui dimora e le modalità per l'iscrizione sono state definite nel Regolamento d'attuazione. L'iscrizione alla USL è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.

La norma prevede inoltre che gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio o gli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, possono iscriversi volontariamente al Ssn pagando un contributo annuale forfettari, ma in tal caso l'assistenza non è estesa ai familiari a carico, salvo il versamento di un contributo. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata, per tutta la durata dell'attività lavorativa, presso l'Azienda Sanitaria del comune indicato ai fini del rilascio del permesso di soggiorno.

L'iscrizione cessa in caso di scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato.

¹⁰⁹ Coloro che non rientrano tra le categorie con l'obbligo di iscrizione, possano assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità stipulando un'apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, oppure iscriversi al Ssn, versando un contributo annuale di importo percentuale, pari a quello previsto per il cittadino italiano, sul reddito guadagnato nell'anno precedente in Italia o all'estero; in questo caso sono tutelati anche i familiari a carico (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010).

¹¹⁰ Ad oggi per gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno le cure mediche sono garantite in base all' Art 32 della Costituzione al art. 35, del DLvo 286/98, comma 3, e da sentenze della corte di cassazione. La Giurisprudenza ha ripetutamente affermato il valore universale e costituzionale della salute rispetto all'interesse dello Stato a espellere dal territorio nazionale lo straniero privo del permesso di soggiorno. Fra le sentenze che vanno in questa direzione vi sono la sentenza della Corte di Cassazione, Sez. I Civile, Sent. n. 20561/2006 Cassazione civile, Sez. I, 24 gennaio 2008, n. 1531 Cons.di Stato, Sent. n. 5286/2011 Cons. di Stato, Sent. n.4863/2010, Corte di Cassazione, Sez. Unite Civili, Sent. n. 14500, 10 giugno 2013 (Luzi, Pasqualino Pugliese, Schwarz, Suligoi, 2015)

¹¹¹ Inoltre il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 3) prevede l'utilizzo di un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) specificando che il codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

strutture pubbliche e private accreditate. Nella “consapevolezza che la condizione di irregolarità” si possa accompagnare a “condizioni di forte precarietà economica”, infatti, il legislatore ha previsto (al comma 4 dell’art. 35 del TU) che le cure per coloro che non sono in possesso di risorse economiche sufficienti, siano “erogate senza oneri a loro carico” “salvo le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani” (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010). E’ così possibile rilasciare una dichiarazione di indigenza e in tal caso le spese previste sono a carico della USL competente.

Ulteriori chiarimenti sono forniti nella *Circolare n. 5 del 24 marzo 2000* che definisce cosa si debba intendere per “cure urgenti” e per “cure essenziali”. Le prime fanno riferimento a “cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita” o senza “danno per la salute della persona”, mentre quelle “essenziali” corrispondono alle “prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell’immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)”. Le norme, in ogni caso, stabiliscono che spetta alle Regioni individuare le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative previste per gli irregolari e da ciò è scaturita una considerevole eterogeneità territoriale in riferimento a tale ambito, sebbene l’Accordo fra Stato regioni e Province autonome del 2012, tenterà di uniformare queste procedure sul territorio nazionale.¹¹² L’accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno, inoltre, in linea con la normativa precedente, non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità (articolo 35, comma 5 del TU) salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano“ (c. 5 art. 35). In tal modo si consente agli immigrati irregolari di “accedere “ ai servizi sanitari “con più tranquillità” senza il timore di essere segnalati alle autorità di polizia (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010).

Tale normativa, inoltre, prevede la tutela sociale della gravidanza e della maternità “a parità di trattamento con le cittadine italiane”, la tutela della salute del minore, in esecuzione della Convenzione dei diritti del fanciullo, le

¹¹² In particolare per l’articolo 35, comma 3, del testo unico tali cure possono essere erogate nell’ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica”.

vaccinazioni, secondo la normativa e nell'ambito di campagne di prevenzione collettive autorizzate dalla Regione, gli "interventi di profilassi internazionale, la diagnosi e la cura di malattie infettive" (art. 35 del Testo Unico sull'immigrazione). Le donne straniera in gravidanza se clandestine o irregolari hanno diritto ad un permesso di soggiorno per cure mediche, che garantisce l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)).¹¹³

Il Testo unico sull'immigrazione ha rappresentato, pertanto, "un momento di svolta importante per la tutela del diritto alla salute" per gli immigrati, da cui sono sia scaturite influenze significative nei piani sanitari nazionali successivi (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010), considerando il tema della salute come una questione complessa, che richiede un approccio di tipo "olistico", in cui gli aspetti medico- sanitari vanno ad integrarsi con quelli etici, psicologici e culturali. Principi confluiti anche nell'ambito del *Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000* che fra i suoi obiettivi ha previsto di rafforzare la tutela dei "soggetti deboli" e nello specifico, degli immigrati. (Luzi, Pasqualino, Pugliese, Schwarz, Suligoi, 2015)

A queste norme, più recentemente, si sono aggiunte quelle volte alla tutela sanitaria dei *comunitari* che si differenziano considerevolmente in relazione alle loro situazioni.¹¹⁴ In base ad esse infatti, coloro che soggiornano sul territorio nazionale per un periodo inferiore a tre mesi non hanno l'obbligo di iscriversi al Servizio Sanitario (ad esclusione dei lavoratori stagionali), mentre se il soggiorno è superiore ai tre mesi sussiste l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per i lavoratori subordinati o autonomi, così come i loro familiari, per i familiari di cittadini italiani, per i disoccupati iscritti alle liste di collocamento o ad un corso di formazione professionale.¹¹⁵ Qualora gli immigrati comunitari non siano in possesso di copertura sanitaria nel loro paese, ovvero di tessera TEAM

¹¹³ Questo titolo di soggiorno è concesso dai sei mesi prima del parto e ha una durata sino al sesto mese di vita del bambino, ma non è rinnovabile.

¹¹⁴ La condizione dei cittadini appartenenti alla Comunità europea è regolata dal trattato dell'Unione, dai Regolamenti di sicurezza sociale, da Decisioni (vincolanti immediatamente), da Direttive (vincolanti attraverso ratifiche) che garantiscono la libera circolazione in contesti di diritto simili ma con organizzazioni sanitarie diverse.

¹¹⁵ Ai fini sanitari per cittadini comunitari si intendono, oltre a tutti i cittadini dei Paesi che fanno parte dell'Unione Europea (UE), anche i cittadini dei Paesi dello Spazio Economico Europeo - SEE (Norvegia, Liechtenstein, Islanda), della Svizzera e della Repubblica di San Marino (Luzi, Pasqualino, Pugliese, Schwarz, Suligoi, 2015)

(Tessera Europea Assicurazione Malattia)¹¹⁶ e non abbiano diritto ad iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale possono stipulare una polizza assicurativa privata. Nel caso in cui ciò non sia possibile perché indigenti, hanno invece diritto a ricevere cure urgenti ed essenziali (compresa la protezione della maternità, l'interruzione di gravidanza, la tutela dei minori, le vaccinazioni) con l'attribuzione del codice ENI (Europeo Non Iscritto).¹¹⁷ In alcuni contesti territoriali, in ogni caso, l'accesso alle cure ed ai servizi dei cittadini comunitari in possesso di codice Eni (indigenti) è problematico, dal momento che le prestazioni non possono essere erogate in maniera gratuita così nel caso degli extracomunitari, come avviene ad esempio in Campania.

Tale impianto normativo inclusivo non è stato messo in discussione dai successivi provvedimenti seppure per un periodo, i governi di destra abbiano portato ad “incertezze nelle politiche e nelle scelte programmatiche” (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010). La successiva normativa la Legge 189/2002, Bossi Fini, infatti, non ha modificato gli articoli inerenti l'ambito della salute, sebbene abbia introdotto numerose rigidità e rappresenti una norma di chiusura, che considera i migranti alla stregua di lavoratori, legando il permesso di soggiorno inestricabilmente alle attività lavorative. I governi e le amministrazioni locali di centro destra inoltre hanno intrapreso una politica volta a modificare in senso restrittivo e securitario le norme inerenti la presenza straniera attraverso decreti legislativi ed ordinanze.¹¹⁸ In particolare in ambito sanitario significativo è stato il dibattito in corrispondenza dell'approvazione del cosiddetto Pacchetto Sicurezza (Decreto legge n. 11 del febbraio 2009, convertito in legge n. 3 del 2009) nel quale era stata proposta l'abrogazione della norma inerente il divieto di segnalazione degli irregolari da parte degli operatori sanitari. Proposta che ha scatenato una forte reazione anche da parte di medici ed operatori sanitari e della società civile, fino al punto in cui è stata ritirata, sebbene abbia generato un clima

¹¹⁶ La tessera TEAM garantisce le cure urgenti e necessarie per la durata del soggiorno (Idos, 2015: 240)

¹¹⁷ Il *Codice ENI (Europeo Non Iscritto)* è rilasciato ai cittadini dell'Unione Europea, privi di TEAM e di residenza, non iscrivibili all'SSN. Analogamente al codice STP esso consente l'accesso alle “cure ambulatoriali e ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio; gli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura a esse correlate.”

¹¹⁸ Diversi sono gli studi che evidenziano l'anomalia di tale modalità con la quale si interviene in ambito normativo con decreti approvati con la fiducia (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010).

di sospetto e timori fra gli immigrati irregolari, che ne ha ostacolato, per un lungo periodo, l'accesso ai servizi.¹¹⁹

Il “percorso di recepimento ed attuazione” della legislazione nazionale a livello locale e regionale in materia di immigrazione e salute, si è realizzato con tempi e modalità diverse alle volte “con cospicui ritardi” e ha dato origine ad una considerevole eterogeneità territoriale nell'applicazione delle politiche, delle norme. (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010 : 17). Le regioni hanno infatti recepito le normative nazionali attraverso un “lento ma significativo processo”, di revisione delle leggi locali inerenti l'immigrazione, l'emanazione di Delibere, Circolari, Piani Sanitari Regionali, Piani e Programmi triennali o annuali sull'immigrazione (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010 : 17). Differenze che andremo adesso ad approfondire.

3.3 - Diseguaglianze territoriali e disomogeneità nell'attuazione delle politiche migratorie, sanitarie e sociali: il pendolo delle competenze

Numerose sono le difformità a livello territoriale nell'attuazione delle politiche migratorie in ambito sanitario. A partire dalla riforma del titolo V della Costituzione nel 2001 (legge costituzionale 3/2001), infatti, come è stato sottolineato in numerosi studi la “dimensione immigrazione e salute” è ambigualmente sospesa fra legislazione esclusiva del governo e legislazione concorrente di competenza delle Regioni, in una sorta di “pendolo delle competenze e delle responsabilità” (Geraci, 2014) Allo Stato centrale, in particolare, spetta il potere di legiferare in materia di politiche migratorie di integrazione, flussi migratori, controllo, mentre alle Regioni è demandato il compito di deliberare in termini di politiche educative, sanitarie ed abitative (Bigot, Russo; 2012). La legislazione su immigrazione e salute, pertanto, garantita formalmente dalle norme, può essere recepita nei diversi territori in maniera differente (Geraci, Bonciani, 2011) e i Sistemi Sanitari Regionali “possono operare in modo molto difforme” dando luogo a “diseguaglianze” nell’offerta di servizi e prestazioni” (Geraci, 2014) e nel profilo della salute degli immigrati.

¹¹⁹ Intervista a Salvatore Geraci (febbraio 2015).

Nonostante la presenza a livello nazionale e locale di norme avanzate per la tutela della salute degli immigrati, inoltre, si osserva spesso una grave disomogeneità di applicazione nei servizi (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010: 22)

Le difformità inerenti l'applicazione delle politiche migratorie si intrecciano, così, a quelle legate al progressivo decentramento amministrativo e politico del sistema sanitario ¹²⁰ e ciò ha prodotto una “estrema eterogeneità sul territorio nazionale dovuta ad una più o meno specifica attenzione a livello locale.”

Geraci ha per altro evidenziato come il fatto che le amministrazioni locali possano essere influenzate anche “dagli umori politici nazionali e locali” (Geraci 2014) può dare origine ad ulteriori difformità o diseguaglianze nell'accesso ai servizi degli stranieri.

Una indagine svolta nell'ambito del progetto *Migrazione e Salute: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni*, promosso e finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dalla SIMM Società Italiana delle Medicine delle Migrazioni, ¹²¹ ha analizzato le politiche locali e regionali per la tutela della salute e la garanzia dell'assistenza degli immigrati a partire da una disamina degli atti formali. Tale studio, pertanto, ha preso in considerazione gli atti normativi e programmatici delle Regioni e Province autonome dalla fine degli anni '90 alla metà del 2010 confrontando fra loro i diversi contesti territoriali (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010). Ciò con l'obiettivo di “analizzare in maniera comparativa le politiche regionali circa la salute degli immigrati” e “individuare le politiche più adeguate e di costruire indici nel tempo e nello spazio” (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010).

Da questa indagine condotta attraverso l'approfondimento di specifiche dimensioni, considerate quali variabili da analizzare, si evince il quadro di considerevole eterogeneità fra le regioni nell'applicazione delle politiche e delle normative in materia di salute ed immigrazione. ¹²² Gli ambiti che questo studio ha

¹²⁰ Si rimanda al paragrafo precedente.

¹²¹ Questa ricerca è stata svolta con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità l'area sanitaria della Caritas assieme alla SIMM Società Italiana delle medicine delle migrazioni (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010).

¹²² In particolare il Progetto Migrazione e Salute è stato realizzato con l'obiettivo di “orientare e supportare politiche ed interventi di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e comunità straniere con al fine di descrivere lo stato di salute della popolazione straniera, fornire

preso in considerazione sono stati la presenza di linee guida, la prevenzione e promozione della salute, la realizzazione di osservatori di monitoraggio regionali, provinciali o di altri strumenti di analisi dei bisogni degli immigrati, le politiche per la formazione degli operatori, le attività di mediazione, ed infine le modalità inerenti l'assistenza agli irregolari ed ai cittadini comunitari. La prima dimensione, inerente le linee guida, ha approfondito l'esistenza di "indicazioni per uniformare l'offerta sanitaria" locale alla normativa nazionale con l'obiettivo di evidenziare se e come le autorità avessero emanato delle direttive ufficiali nell'ottica di superare le disuguaglianze di trattamento fra italiani e stranieri. La presenza di un osservatorio regionale o provinciale o di altre forme di monitoraggio dei bisogni di salute invece, sono considerate necessarie per la "programmazione e valutazione degli interventi e dell'assistenza". Si è quindi cercato di comprendere se gli atti locali, (come il piano sanitario regionale, provinciale e piano sull'immigrazione), prevedessero azioni di prevenzione o interventi orientati ad un'ottica di promozione della salute rivolte agli immigrati, soprattutto nell'ambito di due settori chiave quale la salute materno-infantile e quella nei luoghi di lavoro. Le politiche per la formazione¹²³ degli operatori e le indicazioni per inserire strumenti di mediazione¹²⁴ sono state invece prese in considerazione per verificare l'esistenza di dispositivi volti a favorire l'accesso ai servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria per gli immigrati.¹²⁵ Si è osservato, inoltre, in che modo i territori regionali o provinciali prestassero attenzione alla tutela sanitaria degli immigrati irregolari, attraverso direttive centrali o demandando alle aziende sanitarie, verificando anche la tipologia di servizi, quali

una panoramica della legislazione nazionale e delle politiche regionali, individuare buone prassi assistenziali prestando attenzione e all'accessibilità dei servizi, ed infine valutare i percorsi formativi attivati sui temi sanitari dell'immigrazione. Fra gli obiettivi specifici vi era quello di analizzare in modo comparativo le politiche delle regioni e delle province Autonome nell'ambito della salute e dell'immigrazione. (Geraci S., Bonciani M., Martinelli B., 2010: 13).

¹²³ L'indagine ha prospettato di evidenziare se siano previste attività di formazione per il personale sanitario sui temi della salute degli stranieri, della medicina delle migrazioni e dell'approccio transculturale e se fossero presenti indicazioni per realizzarle in maniera efficace.

¹²⁴ È stata utilizzata questa espressione per sintetizzare un insieme di aspetti che riguardano la possibilità di rendere maggiormente accessibili e fruibili i servizi e le prestazioni sanitarie da parte degli immigrati.

¹²⁵ L'analisi ha permesso, quindi, di mettere in rilievo se gli atti normativi avessero preso in considerazione il bisogno di mediazione presente nei servizi sanitari, stabilendo dei meccanismi di facilitazione dell'accesso e fruizione dell'assistenza sanitaria per immigrati, come l'utilizzo di materiale informativo multilingue, l'introduzione dei mediatori culturali nei servizi, al riorientamento o adeguamento organizzativo e procedurale dei servizi)

il pronto soccorso, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta per i minori figli di immigrati irregolari. Infine nell'ambito dell'assistenza ai comunitari sono state analizzate le direttive specifiche in particolare rivolte alla fascia di utenza rappresentata da coloro che sono sprovvisti di copertura sanitaria ed in possesso di codice ENI.¹²⁶ Queste dimensioni sono state considerate alla stregua di variabili e per ciascuna di esse, sono state identificate tre modalità ordinali volte a caratterizzare il livello di avanzamento della politica (assente, cenni, approfondita) al fine di consentirne il confronto. Sono stati, quindi, elaborati degli indici sintetici "relativi a livello di avanzamento e di impatto delle politiche sanitarie locali" così da poter procedere ad "una classificazione e comparazione" nel complesso, delle politiche delle Regioni e Province autonome (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010: 22). E' stato così possibile elaborare una classificazione riassumere in una tabella il livello di avanzamento delle politiche sanitarie delle Regioni e Province autonome rispetto ad ogni singola variabile attraverso i codici riportati per ogni dimensione considerata, ed infine nel loro complesso (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010: 22)¹²⁷

3.4 - Un confronto fra Campania e Toscana

A partire dall'indagine condotta dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni fra i diversi contesti regionali è possibile un confronto fra la situazione della Campania e della Toscana, prendendo in considerazione le diverse dimensioni o variabili su cui l'indagine si è focalizzata (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010). In riferimento alla realizzazione di linee guida, ovvero di indicazioni per uniformare l'offerta sanitaria in base alla normativa nazionale, tale studio ha riscontrato in Campania l'esistenza di "cenni", evidenziando come si fornissero "chiarimenti" in merito alla l'assistenza agli immigrati" ma in maniera

¹²⁶ Ciò a partire dal fatto che un'area particolarmente critica era rappresentata proprio "dalla presenza consistente di cittadini diventati quindi comunitari" che non avevano i requisiti per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale e non potevano, per questioni economiche procurarsi delle polizze assicurative private. L'indagine ha teso da analizzare "se l'autorità regionale o provinciale avesse emanato delle direttive specifiche per la tutela del diritto alla salute per i cittadini comunitari sprovvisti di copertura sanitaria".

¹²⁷ Per arrivare all'indice sintetico finale relativo al livello di avanzamento delle politiche su immigrazione e salute, è stato necessario incrociare progressivamente gli attributi identificati, cioè combinare insieme due per volta le variabili considerate. Per ulteriori approfondimenti si rimanda a Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010.

“generica” o incompleta. Per la Toscana invece tali atti normativi risultavano al 2010 assenti e saranno poi realizzati successivamente.

Sia in Campania che in Toscana, inoltre, l’indagine della S.I.M.M. ha rilevato l’esistenza a livello normativo di un osservatorio o di altri strumenti di monitoraggio dei bisogni di salute per gli stranieri ed in entrambe le regioni ha riscontrato la presenza di “interventi di promozione e prevenzione” sia nell’area materno-infantile che sui luoghi di lavoro, trattati in maniera “approfondita”. Riguardo, invece, l’ambito della formazione agli operatori in Campania l’indagine svolta non ha rilevato atti normativi che ne indicassero la “necessità in riferimento alla popolazione immigrata”, mentre è emerso come in Toscana tale dimensione fosse trattata in maniera approfondita, in quanto le norme specificavano anche “i temi su cui gli operatori” avrebbero dovuto essere formati.

In riferimento alle indicazioni per inserire strumenti di mediazione a favore dell’accesso ai servizi da parte degli stranieri in Campania sono stati rilevati soltanto dei cenni in quanto nelle norme regionali “si menziona la necessità della mediazione all’interno dei servizi, ma in maniera generica”. In Toscana, invece, questa dimensione è stata trattata in ambito normativo in maniera “approfondita”, specificando “la promozione di interventi di mediazione di sistema” ad esempio di tipo organizzativo-procedurale o quelli più propriamente volti ad informare gli immigrati come la presenza di mediatori o di materiale multilingue.” Riguardo la sesta variabile, inerente le modalità di assistenza per cittadini non in regola la Campania e la Toscana, nell’ambito della indagine condotta dalla S.I.M.M. hanno entrambe ottenuto un punteggio medio, in quanto gli atti formali prevedevano l’ “assistenza pubblica tramite ambulatori territoriali e/o ospedalieri e convenzionati con ASL, con direttiva regionale”. In entrambe le regioni, inoltre, è stata riscontrata l’ esistenza di direttive specifiche per garantire l’assistenza ai comunitari sprovvisti di copertura sanitaria in maniera specifica, anticipando le stesse indicazioni di livello ministeriale ed includendo la possibilità dell’iscrizione volontaria al sistema sanitario regionale per questi soggetti.

In conclusione nell’ indagine condotta dalla Simm al 2010 la Campania si è collocata ad un livello medio in riferimento all’ indice sintetico relativo al livello di avanzamento delle politiche su migrazione e salute e ad un livello buono in riferimento all’indice sintetico inerente “l’impatto delle politiche”. La Toscana ha invece ottenuto un livello di avanzamento “alto”, in riferimento all’ indice

sintetico relativo al livello di avanzamento delle politiche su migrazione e salute e ad un livello di impatto ottimo nell'ambito dell'indice sintetico inerente "l'impatto delle politiche".¹²⁸

La Regione Toscana, in particolare si è uniformata in maniera tempestiva alla normativa nazionale fin dalla fine degli anni '90, come si evince dalla Delibera n. 76/1999 che fornisce gli indirizzi per la programmazione degli interventi e la ripartizione dei finanziamenti della L. n. 40/1998 (Geraci Bonciani, Martinelli, 2010)

Dalla metà degli '90, inoltre, i piani sanitari emanati dalla Regione prestavano attenzione alla salute degli stranieri. Il piano sanitario regionale del 1999-2001, in particolare, affidava ai Consultori il duplice compito di elaborare progetti mirati per specifiche problematiche sanitarie e di assicurare un'informazione ed un'accoglienza linguistico-culturale adeguate a questa fascia della popolazione. Quello del 2002-2004 prevedeva un paragrafo dedicato alla salute degli immigrati prefiggendosi l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi di emergenza e prima accoglienza a servizi in cui si tenesse conto delle identità dei nuovi utenti. Nell'ambito di questo piano, poi, si intendevano sviluppare specifici programmi volti alla tutela di donne e bambini, si prospettava di realizzare progettualità specifiche per la garanzia del diritto alla salute dei cittadini stranieri, di riorientare i servizi in relazione alle loro difficoltà di accesso, di valorizzare il ruolo del medico di medicina generale e di sviluppare forme di raccordo con le strutture del volontariato, del privato sociale e con tutti gli enti pubblici e privati.¹²⁹ Anche i

¹²⁸ Per la Toscana nella ricerca sono stati presi in considerazione in seguenti atti normativi: legge regionale 29 del 09/06/2009 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri in Toscana" Piano sanitario regionale 2008-2010 (DGR n. 53 del 16/07/2008) il Piano sanitario regionale 2005-2007 (DGR n. n. 22 del 16/02/2005) la Delibere Giunta Regionale n. 1126 del 21/11/2005 Istituzione "Struttura di Riferimento sulla Mediazione Culturale in Sanità" presso Azienda USL 4 di Prato, La Delibera di Giunta n. 259 del 10/04/2006; Leggi n. 405/75 e n. 194/78. Inoltre il *Programma di interventi di riqualificazione dei servizi consultoriali e di educazione e formazione finalizzati alla diffusione ed al consolidamento di una cultura della maternità e paternità responsabile e di una sessualità consapevole*; Legge n. 908 del 19/10/2009; Art. 6, comma 20, L.R. 29/2009. Determinazione delle modalità di organizzazione e funzionamento del Comitato per le Politiche dell'Immigrazione

¹²⁹ Inoltre è stato realizzato con la USL 10 di Firenze un "Progetto interdipartimentale "assistenza alla popolazione immigrata: educazione alla salute in tema di pianificazione familiare, prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e prevenzione oncologica", la cui attività ha coinvolto tutti i consultori familiari, oltre a quelli per extracomunitari, gli Ospedali dell'Azienda USL 10 di Firenze e dell'Azienda Careggi, e le strutture del volontariato. Nell'ambito del progetto è stato, per altro, predisposto e diffuso materiale informativo ed educativo in tema di pianificazione familiare, di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale di prevenzione e il

piani sanitari regionali successivi come quello 2005-2007 (DGR n. n. 22 del 16/02/2005) e quello 2008- 2010 DGR n. 53 del 16/07/2008) riserveranno una specifica sezione alla salute degli immigrati sottolineando l'esigenza di realizzare servizi attenti alle "identità dei nuovi utenti" e "capaci di garantire loro un pieno accesso ad essi e l'appropriatezza degli interventi" Il Piano sanitario 2008-2010, analogamente ai precedenti, dedica particolare considerazione alla salute delle donne immigrate e dei loro bambini, con l'obiettivo di migliorare l'accesso ai servizi di assistenza alla gravidanza, al parto e al post partum, di ridurre il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza e promuovere la continuità del percorso nascita. In esso inoltre un' attenzione specifica è riservata all'offerta dei servizi dei consultori per le immigrate, all'implementazione di un nuovo applicativo informatico ed alla mediazione culturale, a cui è attribuita una significativa importanza. La mediazione è infatti considerata quale "servizio trasversale e non deputato solo alle situazioni di emergenza", grazie al supporto di una "rete regionale di mediatori formati insieme agli operatori" (Bonciani, Geraci, Martinelli, 2010).

Il Consiglio della Regione Toscana, inoltre, nel 2009 ha promosso una mozione con la quale ha preso esplicitamente posizione, nell'ambito del dibattito inerente l'approvazione del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza", invitando il Parlamento italiano a non cancellare la norma che sancisce il divieto di segnalazione da parte dei medici per le cure rivolte agli immigrati irregolari (comma 5 dell'articolo 35 del decreto legislativo del 25 luglio 1998, n. 286). Nel caso in cui questa tutela fosse cancellata il Consiglio regionale si impegna, a predisporre e inviare a tutte le strutture sanitarie e ai medici una circolare per preservarne il mantenimento nel territorio regionale, nel rispetto dei diritti universali dell'uomo.

La normativa in riferimento all'immigrazione la *Legge Regionale 29 del 2009 "Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri in Toscana"* è stata impugnata dal Consiglio dei Ministri per le

contenimento del trend IVG nelle donne immigrate. Il materiale informativo, predisposto da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto anche da rappresentanti delle comunità di immigrati e del volontariato, è stato tradotto in diverse lingue, fornendo informazioni sulla gravidanza, puerperio, contraccezione, interruzione volontaria della gravidanza, prevenzione dei tumori dell'apparato femminile, sulla tutela della maternità sul lavoro e sulle procedure per il riconoscimento del nuovo nato ed è stato distribuito in tutti i consultori, nei presidi ospedalieri, negli ambulatori del volontariato e presso alcune sedi delle comunità di immigrati.

disposizioni inerenti la tutela dell'assistenza sanitaria sebbene la Corte Costituzionale, abbia, poi, rigettato l'impugnazione e respinto le eccezioni di incostituzionalità proposte dal Governo, (con la sentenza n. 269 del 22 luglio 2010).¹³⁰ Essa è ispirata ai principi del pluralismo delle culture, del reciproco rispetto e dell'integrazione e prendendo atto dal fatto che l'immigrazione rappresenta un "fenomeno costante e strutturale" e che "la presenza dei cittadini stranieri contribuisce allo sviluppo economico e sociale" del territorio toscano, prospetta la necessità di "favorire un processo di positiva integrazione dei cittadini stranieri".¹³¹ Questa legge per altro Per questa norma, così come previsto anche dalla legislazione nazionale, la tutela della salute, rappresenta un "diritto fondamentale" ed essa sancisce, pertanto, che "le aziende sanitarie sono tenute a rendere concretamente fruibili, anche con gli opportuni progetti di informazione, di educazione alla salute e utilizzando i mediatori culturali, tutte le prestazioni previste per i cittadini stranieri non iscritti al servizio sanitario regionale." La legge regionale, inoltre, dedica un'attenzione particolare alla formazione degli operatori sanitari ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro dei cittadini stranieri. La Regione Toscana è stata tra le prime ad emanare una normativa regionale a garantire l'assistenza sanitaria ai neo - comunitari anche in assenza di copertura sanitaria (DGR n. 717/2007), e tale tutela è stata prorogata negli anni successivi attraverso la DGR n. 152/2008 e la DGR n. 123/2009 (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010)¹³² Particolari tutele in ambito sanitario, poi, sono state previste per le minoranze di Rom e Sinti con la Legge Regionale n. 2/2000 (come con la precedente normativa, la LR n.73/1995).¹³³

¹³⁰ In particolare è stato stabilito come la norma della legge regionale toscana che prevede l'estensione dell'applicazione della normativa anche ai cittadini comunitari e per i richiedenti asilo sia "pienamente compatibile con la Costituzione.

¹³¹ Tale norma si prefigura come "il quadro di riferimento per la programmazione in materia di immigrazione, che viene affidata alla Regione, alle province, ai comuni e alle Società della Salute" e si integra con i provvedimenti previsti dalla precedente normativa la LR 41/2005. Essa stabilisce che i principali strumenti di programmazione sono il piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione, di durata pluriennale, ed il documento annuale di intervento, che serve ad attuare il piano di indirizzo, a verificare gli interventi e ad analizzare la presenza degli stranieri e l'evoluzione del fenomeno migratorio.

¹³² All'inizio del 2010, in attesa della delibera dell'ulteriore proroga di tali disposizioni, è stata data comunicazione alle aziende sanitarie locali per confermare la garanzia all'accesso a cure urgenti ed essenziali per i cittadini bulgari e romeni non iscrivibili al SSR e che non usufruiscono delle prestazioni sanitarie del loro paese ai quali è attribuito il codice STP.

¹³³ Oltre a favorire la comunicazione fra culture, garantire il diritto al nomadismo, all'esercizio del culto, alla sosta e alla stanzialità all'interno del territorio regionale, riservando particolare attenzione alla garanzia di adeguate condizioni abitative, la vigente normativa continua a

La Regione Campania, analogamente alla Toscana ha recepito, una apposita Circolare,¹³⁴ fin dagli inizi del 2001 la normativa nazionale pervista per la salute degli immigrati dal testo Unico sull'immigrazione, ed ha emanato nel tempo diversi provvedimenti che son indice di attenzione alle problematiche ed ai percorsi degli immigrati nell'ambito della salute, predisponendo per altro, in maniera innovativa, l'utilizzo dei Medici di Medicina Generale in strutture territoriali dedicate per l'assistenza di base agli immigrati temporaneamente presenti. I piani sanitari regionali così, hanno prestato particolare attenzione alle problematiche inerenti l'accesso ai servizi per gli stranieri (come quello del 2002 – 2004 e del 2005)

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 in particolare ha prospettato la sperimentazione di interventi integrati, per offrire una risposta globale ai bisogni degli stranieri¹³⁵, l'attivazione di osservatori territoriali per individuare le problematiche sociosanitarie, "la definizione di indirizzi" attenti alla fruizione paritaria del servizio Sanitario Regionale e la programmazione di interventi di educazione sanitaria per le malattie a trasmissione sessuale, per la prevenzione oncologica in collaborazione con le associazioni di volontariato. Tale Piano inoltre ha previsto l'attivazione di "programmi d'intervento da realizzare con i medici di medicina generale, i pediatri di base, i distretti sanitari e le associazioni di volontariato, impegnati sul fronte dell'immigrazione, al fine di definire interventi specifici per soddisfare domande e bisogni provenienti da aree definite di utenza; la realizzazione di interventi mirati su gruppi ad alto rischio (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010) .¹³⁶

sottolineare l'indispensabilità di favorire la fruizione e l'accesso ai servizi sociali, sanitari, scolastici con iniziative volte ad "orientamento, formazione professionale e aiuto all'occupazione". Fra tali minoranze la norma prevede che coloro che non sono regolari possono usufruire di prestazioni sanitarie con codice STP.

¹³⁴ Ciò sebbene alcune Aziende sanitarie fossero giù in precedenza particolarmente attente a tale tema (Asl Napoli 4 e l'Asl Caserta 1)

¹³⁵ Ciò attraverso atti d'intesa e/o convenzioni con gli Enti Locali, AA.SS.LL., AA.OO., Organizzazioni di Volontariato

¹³⁶ E' stata per altro prevista la distribuzione di farmaci gratuiti per questa fascia di utenza esso, farmaci chemioterapici, di terapie antiretrovirali, per l'infezione da HIV Inoltre una particolare progettualità ha riguardato l'Azienda Usl Napoli 4 denominata *Programma "salute per tutti"*. *Servizi sanitari per la popolazione immigrata* Con essa l'Azienda sanitaria locale Napoli 4 ha avviato progetti per tutti facilitare l'accesso ai servizi sanitari alle persone straniere, in collegamento con le Amministrazioni locali. Il Programma, promosso dalla Direzione Sanitaria dell'Asl, è affidato al coordinamento dell'Area Materno-Infantile e si avvale della collaborazione di esperti esterni (sinologi e antropologi ed altri studiosi) sull'immigrazione. Esso valorizza il lavoro di rete ed istituisce ambulatori di Medicina Generale destinati ai cittadini stranieri

Nel 2006, inoltre, è stata emanata una circolare per chiarire gli aspetti dell'assistenza agli stranieri non in regola con il soggiorno, e nel 2009 un'ulteriore circolare (del 3/12) ha ribadito l'importanza di mantenere attivi appositi ambulatori dedicati per tale fascia di popolazione. A seguito dell'emanazione della Legge 94/2009, il Pacchetto Sicurezza, inoltre, una apposita circolare, del 17/08 ha specificato come anche a seguito dell'introduzione del reato di ingresso e soggiorno illegale fosse in vigore per personale medico il divieto di segnalazione per gli immigrati irregolarmente presenti. La Legge Regionale sull'immigrazione, la n. 6 del 08/02/2010, *Norme per l'inclusione sociale economica e culturale delle persone straniere presenti in Campania*, è volta a favorire l'accoglienza e l'integrazione degli stranieri anche in ambito sanitario, in linea con le norme nazionali. Questa identifica nel Programma regionale triennale lo strumento strategico di definizione degli obiettivi da perseguire e nel Piano regionale per l'immigrazione lo strumento attuativo con la definizione degli obiettivi dettagliati. Con tali provvedimenti, come si evince dall'indagine svolta dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010), la Campania si distingue, assieme alla Puglia fra le regioni del Sud Italia, per l'attenzione prestata in ambito sanitario alle normative inerenti la salute e l'immigrazione.¹³⁷

3.5 - L'Accordo fra Stato, Regioni e Province Autonome: un percorso verso regole chiare e omogenee ancora incompiuto

Alla situazione di eterogeneità territoriale nell'applicazione delle normative, nelle pratiche e nelle disposizioni in riferimento alla salute degli immigrati ha tentato di porre rimedio. Nel 2012 l'Accordo stabilito nell'ambito della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome, *“Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria della popolazione*

temporaneamente presenti nel territorio volti a fornire attività di informazione, il rilascio delle prescrizioni farmaceutiche, prescrizione e prenotazione di accertamenti. Il Programma Salute per tutti si pone essenzialmente in funzione preventiva ed in termini di risparmio di spesa sui possibili costi per la cura e la riabilitazione. Inoltre si propone quali obiettivo immediato la garanzia del diritto dell'immigrato a ricevere un'informazione chiara e comprensibile, tale da far superare, per quanto possibile, le difficoltà di accesso ai servizi sanitari ed ha previsto la realizzazione di una dei servizi di Salute al fine di andare anche oltre gli obblighi di legge.

¹³⁷ Ciò emerge anche nell'ambito dell'indagine svolta nel 2010 dalla SIMM (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010), dalla quale si evince come la Campania, dall'analisi delle normative di riferimento e sia fra le regioni del meridione che hanno prestato maggiore attenzione alle questioni migratorie.

straniera da parte delle Regioni delle Province Autonome Italiane” del 2012.¹³⁸

Con esso per la prima volta nel contesto nazionale, è stata assicurata, la parità di trattamento, tra cittadini italiani e gli stranieri per l’assistenza sanitaria e dell’accesso alle cure, attraverso un’intesa tra Stato e autonomie locali.

Tale documento è scaturito dai lavori del Tavolo su Immigrati e Servizi Sanitari istituito nell’ambito del progetto Promozione della salute degli immigrati presso il Ministero della Salute ed è stato redatto a partire dai principi delle normative internazionali, delle direttive europee e delle norme nazionali e regionali in materia. L’obiettivo principale di questo accordo è di rendere uniforme sul territorio nazionale le modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria, l’accesso alle cure e la fruizione dei servizi per gli stranieri, resolvendo le difficoltà interpretative generate, in ambito amministrativo, dalle numerose indicazioni emanate negli anni dai Ministeri competenti, dalle Regioni sia per gli immigrati comunitari a seguito dell’ampliamento dell’Unione Europea e del diritto alla libera circolazione dei cittadini, che degli extracomunitari. Ciò in un’ “ottica di efficienza e di appropriatezza”, a partire da confronti e scambi di esperienze tra le Regioni sulle soluzioni più funzionali ed al fine di implementare un sistema di indicatori per il monitoraggio a supporto alla programmazione (PSN, PSR).

Nell’ambito dell’Accordo una particolare attenzione è stata riservata ai minori stranieri. In conformità con le normative internazionali, come la Convenzione sui diritti del fanciullo e la Risoluzione A7-0032/2011 del Parlamento Europeo dell’ 8 febbraio 2011 (punti 5 e 22), si è inteso garantire l’iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di tutti i minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno.¹³⁹ Tale documento, inoltre, ha tentato di uniformare le procedure in merito alla iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi, anche in fase di rilascio del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all’iscrizione obbligatoria al SSN, alle disposizioni inerenti l’iscrizione volontaria al servizio sanitario delle persone con

¹³⁸ L’Accordo Stato - Regioni del 2013 è stato pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 32, 7 febbraio 2013 - Suppl. Ordinario n. 9.

¹³⁹ In base alle norme pertanto, tutti i minori, anche quelli “non accompagnati” se privi del permesso di soggiorno, devono essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a parità di condizioni con i cittadini italiani (*cfr.* Accordo Stato-Regioni del 2013, che espressamente richiama in tal senso la Convenzione sui diritti del fanciullo, nonché la Risoluzione A7-0032/2011, punti 5 e 22, del Parlamento Europeo dell’8 febbraio 2011)

più di sessantacinque anni. In riferimento agli irregolari in possesso di codice STP (Straniero temporaneamente presente) l'Accordo ha inteso garantire le cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo, il rilascio preventivo del codice per facilitare l'accesso alle cure e si è soffermato sulla definizione del codice di esenzione X01. Per i comunitari, invece, tale norma è intervenuta per uniformare l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario dei genitori di minori italiani, l'iscrizione volontaria per i comunitari residenti e l'equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI (Geraci, 2015).

Tale Accordo è stato recepito dalla Regione Campania con Delibera della Giunta Regionale n. 111 del 27/05/2013, e dalla Regione Toscana con la Delibera n. 1139 del 09-12-2014.¹⁴⁰ Con questa delibera inoltre la regione toscana ha adottato anche le nuove *Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani (nel novembre 2014)*. Queste prevedono, in particolare, che, ai fini della partecipazione alla spesa, i cittadini comunitari in possesso del codice E.N.I. privi di risorse sufficienti per il pagamento del ticket, possono ottenere, a seguito di una dichiarazione di indigenza, il codice esenzione X01, analogamente ai possessori di tessera STP, a differenza di quanto avviene in altre regioni fra cui la Campania.

*La Regione Toscana ha inteso, attraverso questo strumento, creare una sostanziale omogeneità di accesso all'assistenza sanitaria agli immigrati che, in precedenza non sussisteva “viste le numerose interpretazioni ed applicazioni difformi della normativa vigente in materia”.*¹⁴¹

L'Accordo fra Stato Regioni e Provincie Autonome, tuttavia, resta ancora oggi parzialmente attuato, così come ha messo in rilievo la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e persiste nonostante siano passati diversi anni dalla sua approvazione una forte eterogeneità territoriale in riferimento alla sua applicazione anche fra ASL della stessa regione (Simm, 2016). Ciò si ripercuote inevitabilmente ed inesorabilmente sui percorsi degli immigrati e delle immigrate,

¹⁴⁰ Con questa legge, in particolare “si dà mandato ai nuclei di supporto regionale di definire i percorsi più idonei all'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica ed alla disciplina in materia di esenzioni rispetto ai cittadini non italiani presenti sul territorio regionale”.

¹⁴¹ Le Linee Guida individuano all'origine di tale difformità si evidenzia la molteplicità e frammentarietà delle disposizioni emanate, nel tempo, dai vari Ministeri, le numerose indicazioni normative comunitarie e nazionali hanno generato alcune difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Aziende Sanitarie Toscane.

ed anche dei loro bambini, come è emerso nel corso delle interviste condotte agli informatori privilegiati e alle mediatrici interculturali o alle donne straniere, le quali, sovente non sono a conoscenza dei loro diritti.¹⁴²

Persiste, ad esempio, in Campania, come emerso nel corso delle interviste agli informatori privilegiati, una forte disomogeneità territoriale, nell'applicazione delle procedure per il codice S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente).

Sono stati riscontrati, inoltre, diversi problemi legati a questioni burocratiche e amministrative, che ostacolano l'accesso ai servizi di persone irregolari provenienti da paesi extraeuropei, di quelle comunitarie indigenti, in possesso di una tessera E.N.I. (Europeo non Iscritto), di coloro che devono intraprendere percorsi riabilitativi,¹⁴³ dei minori e delle stesse donne in gravidanza. In riferimento ad essi sono rappresentative le parole del Dottor Gualdieri responsabile del Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati di Napoli, che sostiene:

“L'Agenzia delle Entrate non rilascia il codice fiscale, anche ai nati in Italia che ne avrebbero diritto! E quello blocca tutto! Oppure, per dire, il Comune per dare un trasferimento di residenza impiega nove mesi e in nove mesi come si fa? [...] Sono scoperti, per cui si finisce per ricorrere in maniera impropria al codice STP! E secondo me non è giusto! Anche se l'utente addirittura potrebbe avere maggiori vantaggi, dal punto di vista economico, però non può funzionare così! Non c'è neanche il motivo per farlo funzionare in questa maniera! Quando le comunicazioni tra comuni avvengono normalmente in tempo reale, perché i computer a questo servono, per quale ragione rilasciare un certificato di residenza tra sei o nove mesi! Oppure anche in riferimento ai permessi di soggiorno, noi abbiamo qui una Questura che li rilascia in tempi lunghissimi, senza capire che quel permesso di soggiorno è anche la possibilità di accesso al Sistema Sanitario Nazionale!”¹⁴⁴ (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Il medico, inoltre, riguardo le problematiche legate alla tutela della salute dei cittadini comunitari, afferma:

“Il codice E.N.I. mantiene questa possibilità di avere la farmaceutica senza differenze rispetto al STP, ma il problema, invece, rimane per tutta la specialistica, per la quale devono pagare interamente! Infatti molto spesso

¹⁴² SIMM Società italiana di medicina delle migrazioni “Raccomandazioni finali del XIV Congresso (Torino, 11 – 14 maggio 2016).

¹⁴³ Particolari problematiche possono ricollegarsi ai percorsi riabilitativi, per i quali, ad esempio in Campania non sono previste agevolazioni nemmeno per detentori di tessera S.T.P. Ciò può, così, portare a situazioni estremamente complesse per le difficoltà di conciliare attività lavorative con limitazioni legate a infortuni.

¹⁴⁴ Gli immigrati in tal caso, possono avere accesso ai servizi con il cedolino rilasciato per la richiesta di permesso di soggiorno, ma solo se devono rinnovare il permesso di soggiorno.

consiglio di andare in centri privati che abbattano i costi rispetto addirittura al pubblico! Sì, perché se si tratta di fare glicemia, urine, emoglobina e transaminasi con la ricetta rossa noi paghiamo dieci Euro per il Decreto Monti e dieci il Decreto Caldoro e finisce che costa molto di più che fare i test in un laboratorio privato! Quindi sì e non ci sono segnali... anzi ultimamente dato che purtroppo in una provincia in una Asl c'è stato un po' un abuso da parte di una nazionalità ENI per le prestazioni, c'è stato un momento di chiusura, che però la Regione ha proprio ... Ecco qui ho la missiva nella quale poi dopo dicono non cambia nulla, quindi continuate a fare quello che avete sempre fatto! Invece l'equiparazione con il codice STP, quindi avere il codice d'esenzione X01 quella mi sembra una strada lunga e complessa, complessa! Perché poi obiettivamente bisogna dire anche la verità cioè che ci sta anche una migrazione sanitaria opportunistica: nel senso che ci sono alcune donne rumene, bulgare polacche che vengono esclusivamente in Italia per curarsi, utilizzando il codice E.N.I. e quindi questo chiaramente grava parecchio!" (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

In riferimento, poi, alle tutele previste per le donne straniere in gravidanza, sono significative le parole degli informatori privilegiati che ne rilevano le incongruenze. Il Dott. Gualdieri, ad esempio, sostiene:

"La prima cosa che mi viene in mente è che il permesso di soggiorno per gravidanza, poi impedisce di avere il permesso di lavoro! Io certifico molto spesso per queste donne ... perché loro giustamente sentono che finalmente, con la presenza di una entità nel ventre, fanno parte di una comunità, per cui mi chiedono il permesso di soggiorno per gravidanza! Che però si limita ai mesi della gravidanza, più i sei mesi successivi e che poi dopo però impedisce loro di avere un permesso successivo per motivi di lavoro! Per dire quindi questa è una incongruenza ... E' un qualche cosa che naturalmente è stato fatto per bloccare le solite frange opportunistiche, ma sarebbe, è una cosa diversa! (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Un ulteriore ostacolo per la tutela delle madri immigrate irregolari può essere, poi, rappresentato dai tempi rilascio del permesso di soggiorno legato alla maternità, che, alle volte, sono molto lunghi. A riguardo, una mediatrice inter-culturale intervistata ribadisce:

"Il problema è che i tempi sono sempre lunghissimi, per cui una donna che per assurdo inizia la richiesta per il permesso al quarto mese, di fatto usufruirà di quel permesso per tre o quattro mesi. [...] Diciamo che è un riconoscimento abbastanza, non inutile, ma marginale. Forse ti porta più via tempo, soldi tra marche da bollo e quant'altro che di benefici che puoi trarre. (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016)

Ulteriori difficoltà per le quali le donne straniere irregolari possono decidere di non richiedere un permesso di soggiorno qualora siano in gravidanza, fanno riferimento a questioni economiche e in particolare al fatto che, una volta regolarizzata la loro condizione giuridica, sono tenute a pagare le prestazioni in

condizioni di parità rispetto alle italiane, anche se vi sono situazioni d'indigenza. A ciò può aggiungersi la disinformazione e il timore di auto-denunciare la propria presenza irregolare. M., mediatrice interculturale di origine ucraina, ha ribadito, pertanto, che in base alla sua esperienza, sono poche le donne che decidono di fare richiesta di un permesso di soggiorno per maternità, evidenziando:

“Molto spesso sai che cosa succede? Chi magari ha sentito che si può fare però ha avuto magari anche una informazione sbagliata, che può essere denunciata, può essere espulsa, senza prendere in considerazione che comunque la gravidanza è un periodo particolare, comunque tutelato e non possono essere espulse le persone in stato di gravidanza. Quindi anche perché poi pensano, magari una volta che è finito il permesso di soggiorno mi vengono a cercare, mi mandano a casa, mi mandano vengono i servizi sociali, cioè tutta una serie magari di informazioni sbagliate ricevute. Che poi ti dicono “Ok allora me ne sto zitta e buona finché nessuno si accorge di me”. Perché in qualche modo tu ti vai a dichiarare facendo una richiesta di permesso di soggiorno!” (Intervista a M. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

Una possibile opzione, pertanto, per le donne in gravidanza può essere quella di restare irregolari, mantenendo una tessera S.T.P., sebbene ciò poi possa comportare, difficoltà burocratiche, ad esempio, per avere il pediatra di base. Significative a riguardo le parole di una mediatrice inter-culturale che evidenzia:

“Se una donna in gravida non vuole prendere questo permesso di soggiorno, perché non è obbligatorio, con l'STP avrà tutte le cure come le donne con il permesso. L'unica cosa quando nascerà il figlio non avrà il pediatra, anche se con la circolare che è uscita l'anno scorso anche i bambini che nascono qui possono avere il pediatra e adesso questo sta migliorando.” (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

L'accesso ai servizi sanitari, in conclusione, come ha evidenziato Schirripa “si lega inestricabilmente con la definizione di altri diritti” e alla “più ampia questione della definizione dei diritti e della cittadinanza” (Schirripa, 2015). La normativa italiana, infatti, per quanto avanzata, nel distinguere fra immigrati “regolari” e “irregolari”, fra “extracomunitari” e “comunitari”, con ulteriori distinzioni nell'ambito di quest'ultima categoria che penalizzano, in alcuni contesti, soprattutto coloro che sono in situazione di maggiore disagio o marginalità provenienti dall'Unione Europea,¹⁴⁵ prevede trattamenti differenziati in relazione allo status giuridico e alla cittadinanza degli stranieri. Ciò, pertanto, assieme alla eterogeneità delle procedure previste nei diversi contesti territoriali,

¹⁴⁵ In particolare nella distinzione fra detentori di tessera T.E.A.M. (Tessera Europea di Assicurazione e Malattia) o E.N.I. (Europeo non iscritto)

può, generare diseguaglianze e situazioni problematiche, ai limiti della discriminazione. Vi possono essere, infatti, delle ricadute sulle possibilità di effettuare esami o visite in gravidanza, per le donne provenienti da paesi comunitari (SASCI, 2015).

E' possibile così, far riferimento al concetto di "cittadinanza sanitaria" elaborato nell'ambito dell'antropologia medica, che si ricollega, per utilizzare un terminologia fuocoultiana, al bio - potere dello Stato - nazione di riconoscere chi può usufruire dei diritti in ambito sanitario (Schirripa, 2014: 67).

CAPITOLO IV

Le politiche e la gestione dei servizi sanitari per le utenze straniere.

Un dibattito aperto

Nei “luoghi della sanità” dove “i nuovi pellegrini confluiscano per trovare risposte alle loro esigenze di salute” si dispiega, il potenziale di una “integrazione silenziosa”, “sale del modello italiano”, come è stato evidenziato da una indagine del Censis (Censis- Farmafactoring, 2015). E’ infatti, nelle lunghe attese, nelle code delle sale d’aspetto, nelle corsie, nella “convivenza durante le degenze” che si può concretizzare una “relazionalità” spontanea, diffusa, “tra italiani e stranieri” o “tra stranieri e stranieri” che trae origine dall’incontro, dalla parola, dal confronto e può portare ad una “reciproca comprensione, fondata sulla scoperta dell’altro nelle vicende della quotidianità”, (Censis- Farmafactoring, 2015).

La presenza straniera sempre più significativa e stabile, d’altro canto, ha posto il paese dinanzi a nuove problematiche inerenti le politiche sociali e sanitarie, dinanzi a “scelte delicate” volte alla gestione dell’incontro fra culture diverse e di bisogni complessi, di “difficile comunicabilità”. Scelte che come ha ribadito Lombardi, “non sempre” sono risultate “appropriate” (Lombardi, 2005: 153).

Un ampio dibattito ruota attorno alle questioni inerenti le modalità organizzative dei servizi rivolti alle utenze straniere. In questo capitolo si intende approfondire tale dibattito, per poi focalizzare l’attenzione, in particolare, sulle caratteristiche, sui punti di forza e sulle problematiche di servizi che svolgono un ruolo significativo nell’ambito della salute femminile e che rivestono per le immigrate una considerevole importanza: i consultori familiari.

“Luoghi di frontiera fra istituzioni e società civile” e “fra convenzioni sociali ed individuali”, come li ha definiti Grandolfo (1995 : 13), tali servizi hanno assunto nuova centralità (Censis, 2015), per la presenza delle utenti immigrate, le quali rivolgendosi in prevalenza alla sanità pubblica per questioni legate all’area materno – infantile, fanno riferimento ad essi in misura maggiore rispetto alle italiane (Tognetti Bordogna, 2008; Lombardi, 2005).

4.1 - Dalla logica emergenziale al dibattito fra universalismo e differenzialismo: problematiche inerenti l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari

Nell'ambito delle politiche sociali rivolte alla tutela della salute degli stranieri che si sono susseguite, alle volte coesistendo parzialmente, è possibile identificare, secondo Tognetti Bordogna, alcune fasi che corrispondono ad altrettante tipologie (Tognetti Bordogna, 2004). La prima è rappresentata principalmente da servizi "speciali o emergenziali", basati sul presupposto che gli immigrati e le immigrate siano temporaneamente presenti e che i loro bisogni non possano essere soddisfatti dai servizi universalistici. La seconda fase è invece, quella dei "servizi dedicati" con i quali sono state individuate risposte particolaristiche per le problematiche degli stranieri. Vi è poi la tipologia di "servizi indifferenziati" che pur in presenza di servizi dedicati, forniscono la maggior parte delle prestazioni a tutta la cittadinanza in maniera universalistica e vi sono, infine, i "servizi accompagnati" caratterizzati da dispositivi volti a facilitare l'accesso dei migranti, fra cui il ricorso a mediatori linguistico - culturali, o ad una segnaletica ed una modulistica tradotta in più lingue (Tognetti Bordogna, 2004). Si può ritenere in ogni caso che, alle volte, le logiche organizzative travalicano i confini di tali categorie, mentre il dibattito, in tale ambito, resta aperto ed attuale.

Ci si interroga, ad esempio, in riferimento all'appropriatezza dei servizi "dedicati", specificatamente rivolti alle immigrate, chiedendosi se siano da considerarsi "ghettizzanti" e discriminanti o se consentano, piuttosto, di garantire l'effettiva fruizione di un diritto e di far fronte alle situazioni più problematiche.¹⁴⁶

In riferimento a ciò, alcuni ricercatori hanno ribadito come "sottili" o "velate" discriminazioni siano generate da criteri organizzativi universalistici, che fanno leva su norme, procedure, protocolli standardizzati. Questi sono volti a garantire l'efficienza del sistema nel complesso e l'uguaglianza del trattamento, ma rischiano di non prendere adeguatamente in considerazione le differenze culturali o gli approcci e le visioni diverse da quelli fornite dalla bio - medicina occidentale (Padovan, Alietti, 2008: 143). Alcuni studi, per altro, hanno

¹⁴⁶ Tale questione si è rilevata particolarmente pregnante anche nel corso della ricerca svolta sul campo, come è emerso dalle interviste.

evidenziato come il sistema sanitario possa essere considerato “etnocentrico”, nella misura in cui l’utenza straniera abbia mutato ben poco della standardizzazione delle procedure del suo funzionamento (Padovan, Alietti, 2008, Tognetti Bordogna, 2008).

Padovan e Alietti, in particolare, in una ricerca svolta negli ospedali di Ivrea e Courgné si sono soffermati sulle questioni inerenti l’etnocentrismo insito nelle pratiche e nelle procedure standardizzate del sistema sanitario, sulle ambivalenze di forme di “discriminazione positiva” legate alla valorizzazione delle differenze in una prospettiva culturalista ed inoltre sulle problematiche comunicative (Padovan, Alietti, 2008).¹⁴⁷ I ricercatori, in tal senso, hanno messo in luce quali possano essere i limiti dei presupposti universalistici dell’organizzazione sanitaria, che per preservare il principio di “universalità non selettiva” fa leva su norme e procedure chiare ed uniformi, considerate, pertanto, non discriminatorie dal punto di vista dell’intervento nei riguardi del paziente e della sua appartenenza (Padovan, Alietti, 2008: 14). Il personale medico e paramedico, infatti, in tale prospettiva organizzativa, agisce sulla base di direttive, principi e protocolli standardizzati che se da un lato garantiscono l’uniformità e l’uguaglianza del trattamento, dall’altro non riconoscono approcci dell’idea di benessere, della corporeità, della malattia o della gravidanza, diversi da quelli forniti dalla bio – medicina occidentale, non tengono conto cioè delle questioni inerenti le differenze culturali. Culture della discriminazione, del pregiudizio e del razzismo, per altro, hanno ribadito gli studiosi, possono manifestarsi anche in ambienti segnati da principi universalistici (Padovan, Alietti, 2008: 144).

Studi e riflessioni condotte nell’ambito dell’antropologia medica, d’altro canto, hanno messo in luce come sia necessario fare attenzione a non enfatizzare le differenze, attraverso una concezione essenzialista e deterministica della

¹⁴⁷ In tale studio Padovan e Alietti hanno evidenziato come gli stranieri siano i meno scontenti dei servizi, che confrontati con quelli dei loro paesi di origine, funzionano in maniera più universalistica ed efficiente (Padovan, Alietti, 2008: 142). Una problematica riscontrata, tuttavia, fa riferimento alla scarsa qualità del cibo, alla mancanza di attenzione alle differenti culture alimentari ed a soffrire di tali situazioni sarebbero soprattutto i bambini e le mamme del reparto ostetrico e pediatrico. Per gli autori “la scarsa attenzione alle abitudini alimentari può generare forme di discriminazione e possono far sentire gli stranieri oggetto di scarsa attenzione”. Questo problema, in ogni caso, per i ricercatori non è riconducibile a una scarsa attenzione da parte degli operatori sanitari nei confronti della differenza culturale, ma a questioni economiche e di budget. (Padovan, Alietti, 2008: 143).

cultura. Dietro la lente del culturalismo, ha evidenziato in tal senso, Didier Fassin si nascondono, sovente, diseguaglianze strutturali o legate a determinanti socio – economiche (Fassin, 2004).

Il culturalismo, inoltre, può condurre a forme di discriminazione positiva ed all'organizzazione di servizi su base “differenzialista”, con il rischio di “costringere” il paziente straniero entro modelli culturali e tradizioni di cura che non necessariamente gli appartengono, indipendentemente dalla sua individualità e dalla sue aspettative (Fassin, 2004).

L'etnicità, ad esempio, ha riscontrato Fassin nelle sue ricerche, svolge un ruolo significativo negli ospedali francesi, dove tuttavia gli stranieri si aspettano di essere accolti ed assistiti come tutti gli altri cittadini (Fassin, 2004). L'equivoco di questo modello relazionale fa riferimento alla oggettivazione della cultura che andrebbe a predeterminare il comportamento degli utenti immigrati. Il culturalismo rappresenta, pertanto, una semplificazione della realtà che “occulca il fatto che tabù o regole in contesto migratorio sono molto più flessibili di quanto si pensi”. Le situazioni, le condizioni dei migranti, infatti, possono essere complesse e diversificate. Essi creano “culture ibride”, vanno a “rifunzionalizzare” e “risemantizzare” significati che rielaborano di continuo, come ha ribadito Signorelli, mentre tentano di appropriarsi di “spazi di domesticità utilizzabili” (Signorelli, 2006).¹⁴⁸ Alcuni studiosi hanno, poi, evidenziato come la stessa migrazione implichi una predisposizione al mutamento (Seppilli, 2015: 236) e come soprattutto in ambito sanitario, le utenti straniere possono essere particolarmente disposte a rinegoziare identità culturali e pratiche tradizionali (Mangone, Masullo, 2010), sebbene alle volte siano orientate ad un pluralismo delle cure (Schirripa, 2002). Le donne infatti, anche in occasione del parto, in contesto migratorio, possono far riferimento contemporaneamente a più approcci terapeutici, riprendendo pratiche o tradizioni mediche che non rientrano nella biomedicina (come nel caso delle immigrate filippine o cinesi qualora fanno ricorso ad infusi o erbe mediche non utilizzate in Italia).¹⁴⁹

¹⁴⁸ Signorelli riprende il concetto di “domesticità utilizzabile” dal pensiero dell'antropologo italiano Ernesto de Martino, per attualizzarlo nella sua prospettiva interpretativa dei fenomeni migratori. Per un approfondimento a riguardo si rimanda a Signorelli A., 2006.

¹⁴⁹ Per un approfondimento in riferimento al pluralismo terapeutico fra immigrate filippine si rimanda ai capitoli successivi.

In termini di organizzazione dei servizi, così, fra due i estremi, l'uno volto alla scarsa considerazione delle differenze con pratiche di assistenza modellate su criteri universalistici e l'altro basato su di un orientamento differenzialista, alcuni ricercatori ribadiscono come sia necessario attivare “forme negoziali” nel rapporto fra gli operatori e l'utenza straniera”, a partire dalla considerazione che i “confini identitari” ed i “saperi professionali ed etici” sono in “costante divenire” (Padovan, Alietti, 2008: 150). Schirripa, a riguardo, ha sottolineato come il riconoscimento del valore della diversità culturale debba “andare di pari passo con l'ascolto delle specifiche esigenze e richieste” dei pazienti stranieri e non debba “oscurare i problemi legati alle condizioni materiali” in cui vivono (Schirripa, 2002). Si può, poi, concordare con le considerazioni di Venneri, per il quale una strada intermedia fra servizi specialistici o dedicati ed universalistici può essere rappresentata dal lavoro di rete trasversale fra l'ambito sociale, sanitario e giuridico (Venneri, 2008).

Particolarmente significative, in ogni caso, nell'ambito di questo dibattito sono le riflessioni di Sen che ha evidenziato come l'equità in salute non equivalga ad “uguali opportunità alle cure” ma al “grado di salute conseguito tenendo conto della diversità dei bisogni sanitari e della diversa suscettibilità di ciascuno alla malattia” (Sen, 1999). Nei prossimi capitoli si vedrà come queste valutazioni siano particolarmente adeguate per l'analisi delle problematiche dei servizi nei contesti di indagine della ricerca.

Andiamo adesso ad approfondire nello specifico le peculiarità, i punti di forza e le problematiche di servizi che hanno assunto un'importanza considerevole per la salute ed i percorsi di maternità delle immigrate.

4.2 - La centralità dei consultori per la salute delle donne immigrate

I consultori familiari, istituiti in Italia nel 1975, con la legge 405, sono servizi territoriali socio – sanitari, “integrati”, a bassa soglia di accesso, volti alla promozione ed alla prevenzione, nell'ambito della tutela della salute della donna, del sostegno della famiglia ed della procreazione responsabile.

Sono sorti sulla scia delle rivendicazioni dei movimenti femministi che si sono sviluppati dagli inizi degli anni '70 in Italia, i quali, come ha evidenziato Grandolfo, hanno posto all'attenzione dell'opinione pubblica, della scienza

ufficiale e del mondo sanitario l'importanza del punto di vista di genere e della soggettività femminile (Grandolfo, 2017).¹⁵⁰ Tali movimenti, infatti, sulla base di un modello sociale di salute¹⁵¹ e “contestando alla radice le relazioni di potere” proposero l’istituzione di servizi innovativi in grado di prendere in considerazione “i determinanti sociali della salute” (Grandolfo, 2012: 5) in una prospettiva di genere.

I consultori familiari sono stati realizzati, in ogni caso, con tempi e modalità diverse sul territorio nazionale, in seguito all’approvazione delle rispettive leggi regionali e hanno subito sorti alterne in relazione all’attenzione politica che è stata rivolta loro nel tempo (Grandolfo 2017). Essi sono gestiti ed organizzati dalle Regioni nell’ambito delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, sebbene da un punto di vista istituzionale le competenze inerenti l'organizzazione finanziaria e gestionale spettino alle Asl. In quanto servizi a bassa soglia, inoltre, prevedono l’accesso e l’erogazione di prestazioni in maniera gratuita, sia per gli italiani che per gli stranieri, seppure in taluni contesti ciò non sempre si verifichi, come è stato riscontrato in una indagine ricognitiva svolta sul territorio nazionale dal Ministero della Salute (Ascone, Mauro, Consorti, Palazzi, Cristallo, 2008).

Gli scopi principali di tali servizi, come sancito all’ art. 1 della loro legge istitutiva, sono rappresentati oltre che dalla tutela della salute della donna, dall'assistenza psicologica e sociale in riferimento alla maternità, alla paternità, a problemi della coppia e della famiglia ed a questioni minorili ed inoltre, dalla realizzazione di attività informative in merito alla procreazione responsabile, alla

¹⁵⁰ A sollecitare le forze politiche a varare la legge costitutiva dei Consultori Familiari vi è la pressione della società civile. Siamo per altro nel periodo in cui sono stati resi pubblici i metodi contraccettivi (1971), è aperto il referendum sul divorzio (1974), vi è la prospettiva di quello sull'aborto, e sono state emesse alcune sentenze della Corte Costituzionale sull'aborto terapeutico (1975).

¹⁵¹ Il modello sociale di salute si differenzia considerevolmente da quello proprio della biomedicina. Se nel modello bio – medico di salute, infatti, sono presi in considerazione solo i determinanti biologici, di cui sono a conoscenza esclusivamente gli esperti, nel modello sociale di salute i determinanti sociali sono alla base delle cause biologiche e “sono conoscibili dagli esperti, grazie alla capacità di espressione delle persone e delle comunità, perché iscritti nel tempo, nello spazio, nelle relazioni sociali e culture” (Grandolfo 2012). Grandolfo evidenzia come proprio negli anni '70 del '900 il conflitto sociale pose all’ordine del giorno il tema della salute come processo di autodeterminazione contestando l’approccio paternalistico direttivo e il modello biomedico di salute (Grandolfo, 2012: 5). Nel modello sociale di salute l’”assunzione della competenza potenziale della persona e della comunità è fondamentale”, rileva il ricercatore, perché “i determinanti sociali sono conoscibili solo se la persona (e la comunità) stessa è messa in grado di riconoscerli ed esprimerli, attraverso la riflessione sui vissuti quotidiani e sulla memoria storica della comunità di appartenenza”. Così per Grandolfo “il nuovo modello di welfare basato sulla partecipazione e sull’empowerment risulta intimamente associato al nuovo modello di salute” (Grandolfo, 2012).

promozione ed alla prevenzione della gravidanza.¹⁵² Svolgono, pertanto, un importante ruolo nell'ambito di settori strategici per la salute, quali il percorso nascita, la prevenzione e lo screening, soprattutto dei tumori femminili e l'educazione alla salute riproduttiva per gli adolescenti.

L'originalità di questi servizi non è rappresentata soltanto dall'attenzione alla salute in una prospettiva di genere, ma anche dalla multidisciplinarietà e dalla non direttività (Grandolfo, 1995). Al fine di rapportarsi alle utenti sulla base di un approccio olistico, infatti, fin dalla loro ideazione sono state previste équipe multidisciplinari, costituite da figure professionali appartenenti all'area sanitaria, sociale ed educativa (Ascone, Mauro, Consorti, Palazzi, Cristallo, 2008: 1). Fra queste il medico specialista in ginecologia ed ostetricia, lo psicologo, l'infermiere, il pediatra, l'ostetrica, il dirigente di comunità, l'assistente sociale, l'assistente sanitario e l'educatore sebbene tali professionalità possano variare in base ai bisogni specifici del territorio. I consultori dunque, sono stati ideati quali "servizi di salute primaria" caratterizzati da un "approccio integrato" volto a promuovere un nuovo modello di salute, nel quale si ritiene importate che le "relazioni" con l'utenza debbano essere basate sulla "partecipazione" e sulla "promozione di competenze" ed impostate in maniera non paternalistica e non direttiva, come ha ribadito Grandolfo. (2012). Ciò al fine di promuovere l'autodeterminazione l'empowerment fra le utenti, sulla base di un "modello di welfare partecipativo" (Grandolfo, 2012: 5). Tali servizi sottendono, infatti, una visione che "esalta la priorità della promozione della salute" ed assegna un ruolo attivo alle persone ed alle comunità, differenziandosi da quello passivo di "adesione" alle raccomandazioni ed ai dettati degli esperti, "caratteristico della visione tradizionale" (Grandolfo, 2012 : 5).

Grandolfo nel delineare il percorso storico, l'evoluzione, le caratteristiche e le vicende altalenanti di questi servizi in Italia, ne ha posto in evidenza i punti di forza, ma anche le molteplici problematiche (Grandolfo, 1995, 2012; 2017).

¹⁵² Con l'approvazione della Legge del 22 maggio 1978, n. 194 i consultori hanno assunto un importante ruolo per la "tutela sociale della maternità", nell'ambito delle interruzioni volontarie di gravidanza ed in riferimento alle possibilità per una procreazione responsabile. A partire, poi dalla Legge 40 del 2004, inoltre, sono stati assegnati ad essi i compiti di informare e assistere le coppie "riguardo i problemi di sterilità e della infertilità umana", sulle "tecniche di procreazione medicalmente assistita" e sulle procedure per l'adozione e l'affidamento familiare.

Inizialmente nell'ambito dell'assetto organizzativo dei consultori sono state coinvolte professioniste che avevano preso parte ai movimenti femministi e che mettevano in “discussione il modello direttivo tradizionale”, dando, piuttosto, risalto ai momenti dell'accoglienza e dell'ascolto” (Grandolfo 1995: 4). Dopo i primi anni dalla loro istituzione, tuttavia, molte professioniste impegnate in questi servizi hanno iniziato a segnalarne limiti, anche normativi, mentre a livello istituzionale è stata particolarmente lenta ed alle volte, difficoltosa la loro costituzione ed implementazione. (Grandolfo, 1995: 5).¹⁵³

Le principali criticità, come ha messo in evidenza Grandolfo, facevano riferimento alla disomogeneità territoriale dei modelli operativi indicati dalle leggi regionali, in quanto i consultori potevano essere “inseriti in contesti funzionali (servizi) e amministrativi (assessorati)” diversi ed inoltre ai tempi di attivazione dei servizi, particolarmente lenti nelle regioni del meridione (dove le stesse sedi, alle volte, si sono rivelate poco adeguate o finanche “fatiscenti”), alla densità per unità di popolazione dei servizi nei territori, alla mancanza di obiettivi operativi pubblici, dichiarati e condivisi, associata a una aleatorietà delle risorse assegnate ed infine all'instabilità e all'incompletezza delle figure professionali (Grandolfo, 1995). Grazie al contributo di professionalità elevate che sono state coinvolte in essi, d'altro canto, sono state realizzate esperienze particolarmente innovative sia “nei contenuti” che “nelle modalità operative”, ha evidenziato il ricercatore, sebbene queste non siano state adeguatamente valorizzate (Grandolfo, 1995).

Non sono mancati, in ogni caso, tentativi di riqualificare tali servizi e da un punto di vista normativo, l'approvazione della Legge 34 del 1996 ed in seguito del Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), varato con D.M. del 24/4/2000¹⁵⁴, hanno rappresentato importanti momenti in tale direzione.

Con la Legge 34/96, in particolare, sono stati sanciti criteri istitutivi per quali si prevedeva la realizzazione di un consultorio familiare ogni 20 mila abitanti e inoltre sono stati stanziati circa 200 miliardi. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile, invece, nell'assegnare ai consultori familiari un ruolo strategico per la promozione e la tutela della salute della donna e dell'età evolutiva, ha definito nel dettaglio le modalità ed i campi operativi prioritari di intervento, così come gli

¹⁵³ Ciò a causa della carenza di risorse, la selezione del personale e la mancanza di obiettivi quantificabili, la lentezza e farraginosità dei processi decisionali (Grandolfo, 2017).

¹⁵⁴ Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 131 del 7 giugno 2000

indicatori di processo, di risultato e di esito.¹⁵⁵ Nell'ambito del POMI, inoltre, è stata sancita l'esigenza di integrare le struttura dei consultori familiari nel modello dipartimentale, assieme alla necessità mettere in rete le loro attività con gli altri servizi sanitari e con quelli socio- assistenziali gestiti dagli enti locali.¹⁵⁶ Le problematiche tuttavia, anche a seguito di tali dettati normativi, hanno continuato a persistere e sono rimaste considerevoli.

Le difficoltà di questi servizi “incorporati con modalità non omogenee nel sistema sanitario nazionale” sono da ricollegarsi, secondo Grandolfo, principalmente a due ordini di ragioni. In primo luogo al fatto che la legge istitutiva nazionale e quelle regionali “indicavano i campi di attività dei consultori familiari, privilegiando la prevenzione e la promozione della salute”, ma non avevano la possibilità di “proporre obiettivi operativi e priorità”. Questi ultimi dovevano, invece, essere varati a livello nazionale e sono stati pianificati solo dal 2000 nell'ambito del POMI. In secondo luogo l'impostazione operativa dei consultori, basata su di un modello sociale di salute, su un “approccio non direttivo, ma orizzontale” e su un'attenzione per le differenze di genere, si scontrava con quella biomedica e direttiva degli altri servizi. L'attività dei consultori così, è stata “delegittimata”, secondo il ricercatore, a causa della mancata realizzazione della integrazione strutturale e funzionale prevista dalle normative e della carenza di risorse umane, economiche, strutturali ed infrastrutturali (Grandolfo 2017)

Ulteriori problematiche, inoltre, secondo Grandolfo, si ricollegano alle effettive possibilità di realizzazione di un “offerta attiva”¹⁵⁷ da parte dei servizi

¹⁵⁵ Il POMI indica la necessità dell'integrazione dei servizi di I (promozione della salute), II (cure specialistiche e diagnostica ambulatoriali) e III livello (cure intensive e diagnostica complessa), per garantire l'azione sinergica ed evitare inversioni e sovrapposizione di ruoli. In esso inoltre si sancisce che i consultori familiari debbano lavorare con progetti strategici di promozione della salute, su obiettivi prioritari, secondo il modello dell'*empowerment* e con la modalità dell'offerta attiva. Il POMI stabilisce poi, che la programmazione, la valutazione e la formazione rappresentano momenti particolarmente importanti legati fra loro. Le indagini dell'Istituto Superiore di Sanità hanno dimostrato che l'applicazione delle indicazioni del POMI garantisce migliori esiti di salute. (Grandolfo, 2017)

¹⁵⁶ I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) richiamano integralmente il POMI e citano tutte le leggi che fanno riferimento ai Consultori Familiari (la Legge 405/75, Legge 194/78, Legge 34/96).

¹⁵⁷ Le normative prevedono per i consultori familiari l'offerta attiva da molteplici punti di vista. Per offerta attiva si intendono quindi attività informative “offerte” alla popolazione, rivolte a tutti o a fasce mirate, in relazione ai bisogni, al fine da far emergere una utenza che altrimenti potrebbe non raggiungere i servizi, e per favorire consapevolezza, empowerment, e possibilità di scelta in merito alla salute ed all' accesso ai servizi.

consultoriali, come previsto dalle normative ed alle difficoltà legate alle attività delle équipe multidisciplinari. I servizi, infatti, di frequente, piuttosto che attraverso l'offerta attiva, hanno coinvolto in prevalenza l'utenza che si rivolgeva ad essi, escludendo coloro che erano in situazioni marginali. Riguardo, invece, il lavoro di équipe, Grandolfo ha riscontrato come, alle volte, le diverse professionalità, al posto di integrare le loro competenze per la presa in carico delle utenti, abbiano finito per lavorare in maniera settoriale e finanche competitiva (Grandolfo 1995).

Numerose criticità nella realizzazione dei dettati normativi previsti e dei loro principi inoltre, sono emersi nell'ambito di una indagine realizzata nel 2007 dal Ministero della Salute. Questa si proponeva di condurre una ricognizione ed un monitoraggio di tutti consultori presenti sul territorio nazionale al fine di riscontrare se i principi previsti dal POMI fossero stati messi in atto (Ascone, Mauro, Consorti, Palazzi, Cristallo, 2008).¹⁵⁸ Nell'ambito di tale ricerca sono state riscontrate in particolare carenze strutturali (strutture alle volte inadeguate), organizzative e gestionali (orari di apertura che non facilitano l'accesso), assieme alla mancata realizzazione del numero di consultori previsti in base alla densità di popolazione,¹⁵⁹ a questioni di organico ridotto o all'erogazione, presso alcune strutture, solo di prestazioni sanitarie, cosicché in tal caso non è possibile parlare di consultori veri e propri.

Nel 2007, per altro, assieme a tale ricognizione delle realtà consultoriali è stato istituito il Tavolo Materno Infantile e la Conferenza Unificata, che ha sancito una intesa per "l'attivazione di interventi, iniziative ed azioni" volte alla "realizzazione di progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori" al fine di "ampliarne e potenziarne gli interventi sociali" e promuovere l'integrazione socio sanitaria (Ascone, Mauro, Consorti, Palazzi, Cristallo, 2008: 5). Le Leggi Finanziarie del 2007 e del 2008 hanno previsto, pertanto, lo stanziamento di ingenti risorse da destinare alle Regioni.

¹⁵⁸ (Ascone, Mauro, Consorti, Palazzi, Cristallo, 2008: 5). In tale indagine sono stati presi in considerazione gli orari ed i giorni di apertura, le caratteristiche dei locali ove sono adibiti i servizi, l'organico coinvolto ed inoltre gli aggiornamenti normativi a livello regionale e le previsioni di un budget specifico per tali servizi (Ascone, Mauro, Consorti, Palazzi, Cristallo, 2008).

¹⁵⁹ In base alla Legge 34 del 1996 ed al POMI si prevedeva un consultorio ogni 20000 abitanti nelle zone urbane ed uno ogni 10.000 nelle zone rurali.

Negli anni, tuttavia, come ha rilevato Lombardi, vi è stato in alcuni territori un decremento quantitativo e talora qualitativo di questi servizi (a seguito anche di una riduzione numerica di essi) (Lombardi, 2005).

Al di là delle criticità riscontrate, in ogni caso, l'importanza e l'attualità delle esperienze maturate nell'ambito dei consultori risiede nel fatto che essi rappresentano, come ha evidenziato Rosetta Papa, le prime strutture ad "integrazione socio – sanitaria". Essendo, inoltre, servizi "territoriali di quartiere", costituiscono ha ribadito Papa, "osservatori della realtà socio – economica e sanitaria del territorio" e preziosi "avamposti per l'analisi dei bisogni, per la pianificazione di interventi e l'elaborazione di strategie per la salute della donna e dell'infanzia" (Papa, Arsieri: 2003). Rappresentano, per altro, ha rilevato Grandolfo un "patrimonio unico" ed è emblematico come solo in tempi più recenti l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia preso coscienza che i servizi di "primary health care", ed in particolare quelli che rientrano nell'area della "maternal and child health", debbano avere le loro caratteristiche (Grandolfo, 2012: 5)¹⁶⁰

Attualmente i consultori familiari rappresentano servizi caratterizzati da una considerevole utenza straniera. Questa ha iniziato a divenire rilevante, come ha riscontrato Lombardi a partire dagli anni '90 (Lombardi, 2005: 155), seppure si può ritenere che vi siano, anche in tal senso, considerevoli differenze territoriali. Una indagine condotta da Censis e Framafactoring (2015) ha messo in rilievo come queste strutture abbiano acquisito una nuova centralità e possano svolgere una funzione determinante da un "punto di vista relazionale", divenendo essi stessi "occasione di comunità per donne migranti e laboratori dei nuovi italiani" (Censis, Farmafactoring, 2015).

Nell'ambito di una ricerca svolta presso i servizi consultoriali in Lombardia e nella città di Milano, Lia Lombardi ha evidenziato quali possano essere le specificità dei bisogni espressi delle utenti straniere e quali le particolarità delle dinamiche relazionali di questi contesti. La ricercatrice infatti, ha riscontrato una diversificazione della domanda fra donne italiane ed immigrate, rilevando come le prime frequentino soprattutto i servizi di tipo sociale e

¹⁶⁰ Viene a delinearsi, con i consultori, ribadisce Grandolfo, "una nuova definizione dinamica della salute" intesa "come capacità di controllo autonomo" e questa sarà sancita a livello internazionale solo un decennio dopo l'istituzione dei consultori, con la Carta di Ottawa del 1986 (Grandolfo, 2012: 5)

psicologico, mentre le seconde fanno riferimento, più che altro, ai servizi sanitari e di base (Lombardi, 2005: 160).

Riguardo le dinamiche e gli aspetti comunicativi della relazione medico – paziente, invece, secondo Lombardi, bisogna tener conto delle specificità dei contesti consultoriali rispetto ad altri ambiti, come quelli ospedalieri o ambulatoriali. I consultori rappresentano, infatti, servizi socio- sanitari nei quali si presta particolare attenzione alla fisiologia, alla prevenzione ed alla bassa soglia di accessibilità e dunque ambiti in cui l’utente straniera, che si relaziona con l’ostetrica, la mediatrice ed il medico non è necessariamente portatrice di qualche malattia. In tali contesti, pertanto, la relazione si struttura, per Lombardi, in “una dinamica di potere agita in maniera lieve” (Lombardi, 2005: 164).

A fronte dell’aumento della presenza straniera, i consultori familiari, analogamente ad altri servizi, sono stati chiamati ad adeguare la loro offerta, attivando strategie di facilitazione, come è stato messo in luce in diverse indagini, così da poter fornire risposte idonee alle esigenze ed ai bisogni delle donne immigrate. Questa rientrano, alle volte, in una fascia di utenza più fragile (Bonciani, Murante, 2012: 15) ed inoltre, come si è visto nel precedente capitolo,¹⁶¹ per problematiche linguistiche, relazionali, comunicative o per ostacoli organizzativi, possono avere particolari difficoltà di orientamento fra i servizi e ciò può tradursi in un accesso tardivo ad essi, nel sottoutilizzo dell’offerta assistenziale e delle opportunità di salute, anche in gravidanza (Bonciani, Murante, 2012: 15).

Lombardi a riguardo la riscontrato come nei consultori della Lombardia e della città di Milano siano stati rimessi in discussione “i parametri organizzativi e progettuali”, e sia stata prevista la “figura della mediatrice linguistico – culturale” (Lombardi, 2006 :155).

Si può ritenere, d’altro canto che l’eterogeneità territoriale, che ha storicamente contrassegnato la disponibilità di risorse, l’articolazione, l’organizzazione, la gestione e dunque le esperienze dei consultori, possa riflettersi anche sulle diverse soluzioni adottate nell’ambito di tali servizi, per far fronte alle problematiche ed alle specificità dell’utenza immigrata.

¹⁶¹ Per ulteriori approfondimenti a riguardo si rimanda al Capitolo II.

Ci si può chiedere così come si differenziano, nei diversi contesti territoriali italiani, le risposte organizzative, gestionali e l'investimento di risorse per rispondere alle esigenze delle utenti straniere ed al contempo ci si può interrogare, in merito a come, in differenti territori, tali diversi modelli gestionali possano, a loro volta, influire sulle possibilità di accesso e fruizione ai servizi da parte delle immigrate, sui loro percorsi di salute e di maternità.

In questo lavoro di ricerca, pertanto, focalizzando l'attenzione sull'articolazione dei consultori e delle reti in cui questi sono inseriti, saranno approfondite le soluzioni organizzative realizzate per rispondere alle esigenze legate alla presenza sempre più significativa della utenza straniera, in due contesti di indagine considerevolmente diversi per politiche sanitarie e sociali, quali le città di Pisa e Napoli. Numerosi possono essere gli interrogativi a riguardo. Ci si può chiedere, infatti, che modo le diverse risposte organizzative possono essere ricomprese e interpretate nell'ambito più ampio delle politiche territoriali inerenti la salute delle immigrate? In che modo tali differenze possono influire sui percorsi o sulle possibilità di accesso ai servizi delle donne straniere? Come tali possibilità poi possono essere influenzate dai diversi modelli e percorsi migratori? ¹⁶²

¹⁶² Per ulteriori approfondimenti di rimanda ai capitoli successivi.

Parte II

I contesti di indagine

CAPITOLO V

L'articolazione della ricerca e la metodologia di indagine

In questo capitolo si focalizzerà l'attenzione sulle diverse fasi in cui la ricerca è stata articolata in relazione agli obiettivi e alle domande d'indagine, soffermandosi sull'approccio metodologico adottato, sull'ambito spazio temporale, sugli strumenti utilizzati. Si andrà, così, a delineare e descrivere il percorso compiuto, dalla fase di ricerca di sfondo all'indagine sul campo condotta nei territori di Napoli e Pisa attraverso un approfondimento statistico, l'attività di osservazione presso i servizi consultoriali, di osservazione partecipante nei contesti delle immigrate e le interviste rivolte agli informatori privilegiati, ai medici, agli operatori sanitari e alle donne filippine e ucraine.

5.1 - La metodologia di indagine: impostazione metodologica generale

Nell'indagine sull'immigrazione ci si è resi consapevoli dell'importanza di utilizzare diversi spunti metodologici. Sono, infatti, numerose le difficoltà di ordine metodologico che si incontrano nello studio dei fenomeni migratori, com'è stato evidenziato da diversi ricercatori, fra i quali Amaturò. I problemi, ha ribadito la ricercatrice, sono principalmente due: il primo fa riferimento alla difficoltà d'individuare un campione probabilistico, “realmente rappresentativo dell'universo di riferimento”, mentre il secondo è relativo alle difficoltà inerenti l'approccio più valido al momento dell'intervista diretta.¹⁶³ In tal senso, come riscontrato da molti ricercatori, in questo ambito, è particolarmente elevato il rischio della mancanza di corrispondenza tra gli schemi di riferimento o la terminologia dei ricercatori e degli intervistati, che possono avere tra l'altro problemi di familiarità con la lingua italiana (Marradi, 2007).

¹⁶³ Per le questioni metodologiche inerenti lo studio delle migrazioni si rimanda a Orientale Caputo in Miranda, Signorelli, 2010, Marradi A., 2007. In riferimento ai mixed method, si rimanda a Amaturò E., Punziano G., 2015

In questa ricerca, condotta in una prospettiva esplorativa, in relazione agli obiettivi,¹⁶⁴ si intende integrare un'analisi quantitativa basata sulle statistiche ufficiali, facendo ricorso a diverse fonti che mettono in evidenza differenti aspetti del fenomeno (dati anagrafici, permessi di soggiorno, statistiche in ambito sanitario), ad una indagine di tipo qualitativo, nella fase di ricerca sul campo.¹⁶⁵

5.1.1 - L'ambito spazio temporale

La ricerca è stata condotta per un periodo di circa due anni e mezzo, a partire dal 2015 in due contesti di indagine, rappresentati dalle città di Napoli e Pisa, che si differenziano considerevolmente per le loro politiche sociali e sanitarie, al fine di evidenziare se e come queste ultime possano influire sull'accesso, sulla fruizione dei servizi sanitari e sui percorsi di salute delle immigrate.

Da un'analisi delle statistiche inerenti l'immigrazione è emerso, in riferimento ai due territori di indagine, un quadro eterogeneo e differenziato.¹⁶⁶

Pisa è d'altro canto, una cittadina universitaria e turistica. Nella provincia di Napoli, luogo di transito e al contempo, di stabilizzazione, si concentra, invece, la maggior parte della presenza straniera della Campania. In entrambi i contesti vi è, in ogni caso, una considerevole presenza di immigrate impegnate, in prevalenza, nell'ambito dei servizi alla persona e della collaborazione domestica. Una differenza considerevole fa riferimento, invece, alla percentuale di nati stranieri sul totale della popolazione che a Napoli è alquanto inferiore alla media nazionale, cosicché nella città si verifica uno scollamento fra la quota significativa di donne straniere e il totale delle nascite (Idos, 2016).¹⁶⁷ Ciò può essere indicatore di una maggiore stabilità dell'immigrazione nel territorio pisano, piuttosto che a Napoli e di diversi modelli migratori nei due contesti.¹⁶⁸

¹⁶⁴ Si rimanda all'Introduzione al paragrafo "La domanda di ricerca e gli obiettivi".

¹⁶⁵ L'indagine, per l'approccio metodologico utilizzato, è stata condotta senza alcuna pretesa di ulteriori generalizzazioni.

¹⁶⁶ Si rimanda ai capitoli VI e VII per un approfondimento delle statistiche sanitarie e inerenti la presenza straniera nei contesti di indagine.

¹⁶⁷ Si rimanda ai Cap. VI e VII per approfondimenti.

¹⁶⁸ La quota di nati stranieri sul totale delle nascite è infatti considerato indicatore di stabilizzazione della presenza immigrata sul territorio. Per ulteriori approfondimenti si rimanda ai capitoli successivi.

5.2 - Le fasi della ricerca

La ricerca svolta nei territori di Pisa e Napoli è stata articolata in diverse fasi e momenti.

Essa è stata preceduta da una indagine di sfondo realizzata al fine di delimitarne ulteriormente l'ambito e di focalizzare l'attenzione su problematiche e obiettivi specifici. È stata pertanto, realizzata una disamina delle normative internazionali, nazionali e territoriali di riferimento e sono state analizzate le statistiche inerenti la presenza straniera a livello nazionale, regionale e nelle città di Pisa e Napoli. Fra queste i dati inerenti i permessi di soggiorno, i residenti stranieri¹⁶⁹ e quelli in ambito più propriamente sanitario, in riferimento alle gravidanze, alle IVG e agli accessi ai consultori delle immigrate. Sono state, inoltre, prese in considerazione e analizzate le statistiche delle Schede di Assistenza al Parto nazionali e regionali (Rapporto sulla natalità in Campania, 2015; Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015), del Servizio Attività Socio – Sanitarie Cittadini Immigrati (S.A.S.C.I.) dell'ASL di Napoli 1 al 2015,¹⁷⁰ quelle sulle utenze straniere dei consultori fornite dal Servizio Flussi Informativi dell'E.S.T.A.R. (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale) della Toscana, per l'area pisana e dall'Unità Complesse Tutela Salute Donna dell'ASL Napoli 1. Sono stati, inoltre, richiesti all'I.S.T.A.T., in forma di elaborazioni personalizzate, i dati inerenti i permessi di soggiorno nei due contesti provinciali di Pisa e Napoli,

¹⁶⁹ I dati inerenti i permessi di soggiorno consentono di stimare la presenza straniera regolare desumendone le motivazioni del soggiorno, le provenienze e le informazioni socio - anagrafiche. Fra i limiti di tali statistiche vi è il fatto che sono inadeguati a stimare la presenza dei minori, sottostimati poiché registrati fino a 14 anni sul permesso dei genitori ed inoltre che non registrano i neo-comunitari la cui presenza è in alcuni casi particolarmente significativa. Un ulteriore problema attiene a ritardi nelle pratiche di rinnovo dei permessi (soprattutto nei capoluoghi del Centro-Sud). I dati anagrafici, invece, consentono di stimare le presenze di cittadini stranieri iscritti regolarmente alle anagrafi comunali considerando il genere e le fasce di età. Alcuni limiti, in tal caso, sono rappresentati dal fatto che le due rilevazioni dell'Istat, Strasa e P.3, sono condotte in modo disgiunto. La rilevazione Strasa, in particolare, registra la distribuzione degli stranieri residenti per sesso e anno d'età, quella P.3, invece, la distribuzione dei residenti per Paese di cittadinanza e sesso, ma non sono disponibili dati incrociati per sesso, età e cittadinanza. I dati inerenti i residenti per altro, fanno riferimento solo alla parte più stabile della presenza straniera e non tengono conto delle motivazioni del soggiorno. Diversi ricercatori hanno, pertanto, rilevato come sia opportuno rapportare fra loro le informazioni ottenute sia dai dati anagrafici che da quelli inerenti i permessi di soggiorno o integrarle con apposite indagini campionarie che consentano di stimare anche la presenza di immigrati irregolari sui territori (fra questi Pugliese, Maciotti, 2010; Ammirata, de Filippo, Strozza 2014).

¹⁷⁰ Tali dati sono stati poi, integrati nel corso della ricerca da quelli più recenti relativi al 2016 e non ancora pubblicati dal Servizio S.A.S.C.I.

disaggregati per motivazioni e sesso (trend, 2012 – 2014), per un’analisi dei modelli migratori.¹⁷¹

La ricerca è stata articolata nelle seguenti fasi, prevedendo:¹⁷²

- una indagine dei contesti di Pisa e Napoli, focalizzando l’attenzione sulle reti di servizi e sulle progettualità che coinvolgono la salute delle donne immigrate a partire da una loro mappatura e realizzando una disamina delle statistiche sanitarie, di quelle inerenti la presenza straniera ed interviste a informatori privilegiati;
- un approfondimento in riferimento ai servizi consultoriali, attraverso un’attività di osservazione presso le sedi ove è più significativa, nei due contesti, l’utenza di donne immigrate e un’analisi delle statistiche a disposizione;
- l’analisi del punto di vista, della percezione di medici e operatori sanitari in riferimento alle problematiche dell’utenza femminile immigrata e alle dinamiche relazionali, nei servizi presi in considerazione dalla ricerca (attraverso interviste semi-strutturate);
- l’analisi del punto di vista delle immigrate filippine e ucraine, in riferimento alle difficoltà ad accedere ai servizi, alle problematiche relazionali, ai vissuti inerenti le esperienze legate alla gravidanza ed al parto (attraverso interviste in profondità semi-strutturate).¹⁷³

A partire da maggio 2015, così, è stata avviata un’attività di ricerca sul campo con un approccio prevalentemente etnografico, che ha previsto la mia presenza presso alcuni servizi sanitari territoriali, in particolare, i consultori delle ASL Napoli 1 e dell’AUSL Toscana Nord Ovest, ambito pisano.¹⁷⁴ Tale fase è stata avviata dopo aver richiesto e ottenuto dalle rispettive Aziende sanitarie le

¹⁷¹ Questi dati sono stati integrati, nelle successive fasi della ricerca con ulteriori informazioni relative ai permessi di soggiorno, al 2016, delle collettività ucraina e filippina (Fonte Istat, Rielaborazione personalizzata, 2016).

¹⁷² Tali fasi, in ogni caso, non sono state necessariamente sequenziali, ma caratterizzate alle volte da sovrapposizioni o momenti comuni.

¹⁷³ In riferimento alla scelta di tali collettività inserite nell’ambito dei servizi alla persona e domestici si rimanda alla Introduzione e per ulteriori approfondimenti al Cap. IX.

¹⁷⁴ Inizialmente la ricerca ha coinvolto la ex ASL 5 di Pisa che in seguito alla riorganizzazione dell’assetto sanitario toscano avviata con la Legge 84/2015 è stata poi inglobata nell’Area Vasta Nord Ovest. Per approfondimenti a riguardo si rimanda al Cap. VII.

autorizzazioni da parte dei direttori generali e ha previsto la redazione di un diario di campo.¹⁷⁵

Le attività di osservazione sono state svolte presso i consultori dove l'utenza straniera è più significativa e in particolare, a Napoli presso il Consultorio del Distretto 31, mentre a Pisa presso il consultorio principale in Via Torino e quello "dedicato" per le immigrate, aperto esclusivamente il giovedì pomeriggio ed ubicato nel quartiere popolare del CEP.¹⁷⁶

Assistere alle visite, alle fasi delle prenotazioni e alle interazioni nelle sale di attesa con un camice da medico, come presso l'Asl Napoli o con un cartellino, come nel caso dei consultori pisani, mi ha consentito così, di poter iniziare ad approfondire alcune delle problematiche per le quali le donne straniere si rivolgono a tali servizi, assieme alle dinamiche relazionali inerenti il rapporto fra le utenti, gli operatori sanitari e qualora sia presente, la mediatrice culturale. Questa attività di osservazione, inoltre, ha consentito di acquisire consapevolezza circa le differenze nei due contesti di indagine delle procedure più propriamente organizzative dei servizi stessi. In queste occasioni, inoltre, è stato possibile svolgere numerosi *colloqui informali* sia con medici, ostetriche o altri operatori sanitari che con le stesse immigrate in sala di attesa, prima o dopo le visite.

Nell'ambito della ricerca, sono state condotte nel complesso ottantasei interviste rivolte a informatori privilegiati, mediatrici interculturali, medici, operatori sanitari ed immigrate.¹⁷⁷ Per le interviste si è fatto uso dell'ausilio di un

¹⁷⁵ Ottenere l'autorizzazione non è stato semplice in quanto sembrava che non vi fosse una modalità con la quale una dottoranda, potesse svolgere attività di ricerca presso le Aziende Sanitarie. Non era prevista, infatti, una copertura assicurativa come ricercatrice, ma solo come tirocinante o volontaria. Inizialmente, pertanto, si era prospettato di inquadrare la mia presenza quale tirocinante, ma in quanto tale avrei dovuto indicare le ore ed i giorni del tirocinio con precisione presso l'ente ed un periodo ben definito, cosa che per la peculiarità della ricerca svolta in diversi contesti e per gli impegni dei corsi di dottorato non era possibile. Quale volontaria, invece, non sarebbe stato possibile svolgere liberamente la mia attività di ricerca. La situazione si è risolta nel momento in cui presso gli uffici di dottorato sono stata informata che i dottorandi, per la loro attività di ricerca, previa comunicazione, hanno già una copertura assicurativa che ho quindi presentato presso la Asl di Napoli e di Pisa. Sono, poi, passati alcuni mesi per ottenere l'autorizzazione e poter dare avvio alla fase di osservazione presso i servizi.

¹⁷⁶ In questo caso la mia presenza era giustificata, nel corso delle attività consultoriali facendo riferimento ad attività di studio (in quanto ero presentata come studentessa). Avevo, inoltre, la possibilità di svolgere l'attività di osservazione presso il consultorio con un apposito cartellino nel quale era indicato il mio ruolo, di dottoranda dell'Università di Napoli.

¹⁷⁷ Per approfondimenti si rimanda all'Elenco di interviste allegato in Appendice.

registratore vocale sebbene in qualche caso, soprattutto fra ostetriche e medici, sia stata esplicitamente rifiutata la possibilità di registrare.¹⁷⁸

Le informazioni emerse nel corso delle interviste hanno, così, integrato l'attività di osservazione presso alcuni dei servizi consultoriali più significativi della città di Pisa e Napoli e l'approfondimento statistico e normativo.

5.2.1 - Gli informatori privilegiati: il campione e le interviste

Le interviste agli informatori privilegiati hanno coinvolto responsabili dei servizi sanitari, mediatrici inter -culturali e referenti del terzo settore impegnati in progettualità inerenti la salute delle immigrate. Realizzate a partire da maggio 2015 esse sono state articolate sulla base di apposite griglie tematiche, con l'intento di approfondire le problematiche delle donne straniere nell'ambito dell'accesso ai servizi sanitari nei territori, in riferimento ai loro percorsi di maternità e a quelli inerenti la salute femminile, soffermandosi anche sulle caratteristiche dei servizi stessi, sulle progettualità che coinvolgono le immigrate e sulle difficoltà relative alle dinamiche relazionali.¹⁷⁹

Sono state condotte, in particolare, sedici interviste a informatori privilegiati nella città di Pisa.¹⁸⁰ Fra queste cinque hanno coinvolto mediatrici inter -culturali (di nazionalità russa – ucraina, albanese, cinese, iraniana, macedone), impegnate in tale ambito, che collaborano con la Cooperativa Arnera, ente del privato sociale che fornisce, sul territorio, servizi di mediazione in ambito sanitario. Tre interviste hanno, poi, riguardato più nello specifico le questioni inerenti la Società della Salute coinvolgendo, in particolare, un responsabile dell'area della programmazione al 2015 (che al momento non lavora più con la SDS), l'ex presidente della prima Consulta del Terzo Settore, Zappolini (attuale presidente del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza) e l'attuale referente del settore donne della Società della Salute, Feline.¹⁸¹

¹⁷⁸ In questi casi, indicati nell'Elenco interviste, ho utilizzato la griglia dell'intervista per prendere degli appunti. In un caso, per una ginecologa dell'Asl Napoli 1 la prima parte dell'intervista è stata svolta senza registratore mentre per la seconda è stata accettata la possibilità di registrare

¹⁷⁹ Per un approfondimento si rimanda al paragrafo successivo Strumenti di indagine”.

¹⁸⁰ Si rimanda per approfondimenti all' Elenco Interviste allegato in Appendice

¹⁸¹ Si rimanda all' Elenco delle Interviste, allegato in Appendice.

Nella città di Napoli, invece, sono state realizzate undici interviste a informatori privilegiati, fra cui i referenti delle associazioni o delle cooperative più significative sul territorio impegnate in tale ambito (Caritas, Cooperativa Dedalus, Associazione Piano Terra, Less Onlus) e una donna di origine filippina residente a Napoli nel 2015, che svolgeva nel suo paese di origine l'attività di ostetrica. Quattro di esse hanno, poi, coinvolto mediatrici inter-culturali impegnate in progettualità che riguardano la salute delle immigrate (di origine ucraina e russa).¹⁸²

5.2.2 - I medici e gli operatori sanitari: il campione e le interviste

Nel corso della prima fase della ricerca volta ad approfondire le specificità dei contesti di indagine, sono state, inoltre, elaborate griglie di *interviste semi-strutturate* nell'intento di approfondire il *punto di vista di medici ed operatori sanitari* in riferimento alle problematiche delle utenti straniere, alle difficoltà inerenti le dinamiche relazionali, alle specificità dei servizi in cui sono impegnati. Il campionamento di medici ed operatori sanitari è stato condotto su "scelta ragionata" (per l'impossibilità pratica di ottenere una lista della popolazione) presso i consultori caratterizzati da una maggiore utenza di donne immigrate, dove è stata svolta la ricerca o altri ambulatori rivolti all'utenza femminile straniera.

Sono state, così, realizzate dieci interviste a Pisa che hanno coinvolto la Responsabile dei Servizi Consultoriali dell'AUSL Toscana Nord Ovest, la Dott.ssa Trimarchi, tre ginecologhe dei consultori, un assistente sociale, inserita nell'équipe del "consultorio immigrate", due psicologhe, due ostetriche, una referente del servizio di accettazione e prenotazione.

A Napoli, analogamente, sono state condotte dieci interviste a medici ed operatori sanitari che hanno coinvolto, in particolare, la Responsabile dell'Unità Operativa Donna dei Servizi Consultoriali dell'ASL Napoli 1, la Dott.ssa Rosa Papa, una ginecologa e un ginecologo dei servizi del consultorio del Distretto 31, un'ostetrica, la referente dell'accettazione, l'assistente sociale del consultorio del Distretto 31 e una ginecologa del Distretto 27. Sono stati intervistati, inoltre, in riferimento alle attività dei servizi, alle problematiche delle utenti e alle dinamiche

¹⁸² Per ulteriori approfondimenti si rimanda all' Elenco di Interviste allegato in Appendice.

relazionali, un'ostetrica e una mediatrice culturale dell'ambulatorio ostetrico - ginecologico di Villa Betania e il responsabile del Centro Tutela Salute Immigrati, che ha sede presso l'ospedale Ascalesi, il Dott. Gualdieri.¹⁸³ Tali ambulatori rappresentano, infatti, importanti punti di riferimento per gli enti del Terzo Settore impegnati in tale ambito. Ad essi, infatti, fanno riferimento i servizi e le progettualità che lavorano nell'ambito della prostituzione e della tratta ma anche quelli, di recente sempre più numerosi, impegnati in attività con migranti richiedenti protezione internazionale.

5.2.3 - *Le immigrate: il campione e le interviste*

Sono state condotte, infine, quaranta *interviste semi – strutturate in profondità ad immigrate* provenienti da Filippine ed Ucraina, al fine di prenderne in considerazione il punto di vista e le percezioni in riferimento alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari nell'area materno infantile e di ricostruirne i percorsi di salute e di maternità.

Il campione delle immigrate intervistate è stato rappresentato da quaranta donne, dieci ucraine e dieci filippine, in entrambi i contesti di indagine.

In riferimento alle immigrate, viste le caratteristiche dell'indagine, di carattere esplorativo e data l'assenza di una lista della popolazione caratterizzata anche da condizioni di irregolarità, si è deciso di procedere ad un campionamento di tipo “snow-ball”. Questo è stato, in ogni caso, integrato, in parte, con uno a “scelta ragionata” per avere una maggiore eterogeneità, rispetto a quello a valanga.¹⁸⁴

Le interviste hanno avuto una durata di circa un'ora ciascuna, con alcune eccezioni e sono state svolte presso le sedi associative, rappresentate per lo più da chiese delle città, nel caso delle immigrate filippine, da locali pubblici come bar, in qualche caso dalle abitazioni delle immigrate o da panchine ubicate presso luoghi di incontro e ritrovo. Fra questi, in particolare, a Pisa, vi è il cosiddetto “giardino delle ucraine” uno spazio verde in piazza Vittorio Emanuele II che

¹⁸³ Per approfondimenti si rimanda al Cap. VI.

¹⁸⁴ Si tratta dunque di un campione non probabilistico ed i risultati di tale indagine non sono pertanto generalizzabili. Le riflessioni condotte a partire da tale materiale sono state, in ogni caso, integrate poi con un approfondimento ed un'analisi delle statistiche inerenti l'ambito sanitario riferite a tali gruppi e dalle interviste condotte agli informatori privilegiati.

rappresenta un luogo di ritrovo per le immigrate della città, dove, pertanto, sono state condotte quattro delle interviste alle donne ucraine.

A Napoli alcune donne ucraine sono state intervistate presso la sede di un sindacato di base, in quanto la responsabile dell'ufficio immigrati, di origine ucraina, ha rappresentato un importante canale per poi contattare altre connazionali. Più complesso è stato raggiungere le donne ucraine a Pisa anche a causa dell'assenza di un'associazione strutturata nella città e ciò è stato possibile grazie alla intermediazione delle mediatrici interculturali e di un'associazione locale.¹⁸⁵

Gran parte delle immigrate filippine a Pisa sono state, invece, contattate grazie alla intermediazione della presidente della comunità cattolica e intervistate presso la chiesa ove si svolgono le funzioni religiose in lingua tagalog o in locali pubblici del centro della città.¹⁸⁶ Nel capoluogo campano, invece, vi era una pregressa collaborazione con le associazioni della città, legata ad attività di ricerca longitudinale e di volontariato.

Le interviste hanno coinvolto donne che hanno avuto bambini in Italia o che invece, hanno partorito nei loro paesi di origine, ma anche immigrate i cui percorsi di maternità sono stati ostacolati da quelli occupazionali e migratori. In tal caso, pertanto, sono state prese in considerazione esclusivamente le problematiche inerenti l'accesso ai servizi sul territorio.

Fra le donne intervistate, inoltre, vi sono state referenti delle associazioni straniere ed una responsabile sindacale nella città di Napoli, che possono essere considerate alla stregua di informatrici privilegiate. In tal caso le interviste sono state articolate sia sui loro percorsi e vissuti personali, che sulle dinamiche comunitarie e le problematiche nell'ambito della salute e della maternità delle loro connazionali.

Tutte le interviste sono state condotte in lingua italiana ad esclusione di una, a una donna filippina di Napoli (Mo.), che ha preferito l'inglese. Le problematiche linguistiche delle immigrate, come è stato evidenziato anche

¹⁸⁵ Si tratta in particolare dell' Associazione Unità Migranti di Pisa. Le donne intervistate presso il cosiddetto "giardino delle ucraine", hanno accettato l'intervista, superando la diffidenza iniziale, in gran parte grazie alla intermediazione di una loro connazionale già precedentemente intervistata.

¹⁸⁶ La presidente dell'associazione filippina pisana è stata contattata attraverso l'intermediazione di un prete italiano presso la chiesa dove si svolgono alcune delle funzioni domenicali dell'associazione. Alla donna ho presentato infatti i precedenti lavori sulla presenza filippina nella città di Napoli.

nell'ambito di ricerche analoghe, possono influire sull'andamento delle interviste (Vianello, 2010; Osti, 2006). Il ricorso alla lingua italiana, qualora vi siano difficoltà può infatti, "incanalare" le energie su di essa, impoverendo il contenuto della narrazione ed alle volte le stesse immigrate, nel corso delle interviste, hanno messo in rilievo tale problematica.¹⁸⁷

Le quaranta interviste registrate ed in seguito trascritte integralmente, sono state analizzate con un approccio qualitativo a partire da una lettura integrale, da una codificazione e dalla comparazione dei diversi segmenti semantici, che poi ha condotto alla elaborazione delle categorie interpretative. Le sezioni delle interviste inserite nel testo sono state selezionate per la loro capacità esplicativa.

A tali interviste, in ogni caso, sono state aggiunte alcune testimonianze, desunte da colloqui informali o da registrazioni parziali ad altre immigrate, che sono state riportate poiché considerate significative per questa ricerca.

5.3 - Gli strumenti di indagine

L'impianto metodologico, in riferimento agli obiettivi, ha previsto pertanto la realizzazione di:

- Griglie tematiche per le interviste agli informatori privilegiati ed alle mediatrici;
- Griglie tematiche per la realizzazione di interviste semi – strutturate per gli operatori sanitari, medici ed ostetriche;
- Griglie tematiche per la realizzazione delle interviste semi – strutturate in profondità alle immigrate.¹⁸⁸

5.3.1 - Le griglie di indagine per gli informatori privilegiati

Sono state realizzate, per gli informatori privilegiati due diverse griglie di intervista: una per i responsabili di servizi e progettualità ed un'altra per le mediatrici inter - culturali, tenendo conto delle specificità di ruoli e mansioni. In particolare, per i referenti o responsabili di progetti le griglie di intervista sono

¹⁸⁷ Le griglie, pertanto, sono state tradotte con l'ausilio di alcune immigrate filippine ed ucraine in lingua tagalog e in russo e in alcuni casi, presentate loro al momento dell'intervista.

¹⁸⁸ Si rimanda alle Griglie di intervista allegate in Appendice.

stare strutturate con l'intento di individuare le attività dei servizi, gli ambiti problematici delle principali utenze straniere che si rivolgono ad essi, gli aspetti inerenti i percorsi di salute delle immigrate coinvolte, eventuali episodi di discriminazione o rappresentazioni stereotipate riscontrate nel corso della loro esperienza delle migranti. Una parte finale ha riguardato le reti sul territorio e le valutazioni personali in riferimento alle politiche territoriali.¹⁸⁹ Per le mediatrici, invece, oltre a tali ambiti tematici, sono stati previsti degli approfondimenti in riferimento alle problematiche delle utenti della loro stessa nazionalità ed in merito alle difficoltà inerenti il loro ruolo e le loro attività.¹⁹⁰

5.3.2 - Le griglie di indagine per medici e gli operatori sanitari

Per le interviste viste semi – strutturate rivolte a operatori sanitari, medici ed ostetriche al fine di rilevarne percezioni, opinioni, punti di vista è stata realizzata una griglia articolata nelle seguenti sezioni: *Il servizio (a cura dell'intervistatore), Dati anagrafici/ personali, Tipologia e problematiche delle utenti immigrate, Rapporto medico/ paziente, Mediazione inter - culturale, Formazione, Valutazione del servizio, Reti sul territorio.*

Una prima parte dell'intervista ha riguardato, dunque, l'esperienza in riferimento all'utenza immigrata dei medici e degli operatori sanitari, ai quali è stato chiesto di indicare le caratteristiche e le principali problematiche per le quali le donne straniere si rivolgono al servizio. In una seconda parte è stata focalizzata l'attenzione sulle problematiche inerenti le dinamiche relazionali, sulla formazione specifica degli intervistati in ambito migratorio, sulle attività svolte in rete con altri enti e servizi. Alcune domande finali sono state volte a cercare di

¹⁸⁹ Le interviste per i referenti di servizi e progetti sono state articolate nelle seguenti sezioni tematiche: *Il servizio e l'utenza, rete di collaborazione sul territorio, formazione, mediazione inter – culturale, tagli al welfare, discriminazione e pregiudizi.* Per approfondimenti si rimanda alle griglie in Appendice.

¹⁹⁰ Le interviste alle mediatrici sono state articolate nelle seguenti sezioni: *“Il servizio e l'attività svolta, la rete di collaborazione, episodi di discriminazione e pregiudizi, formazione e attività di mediazione”.* Per approfondimenti si rimanda alle griglie in Appendice.

comprendere la loro visione e percezione dell'immigrazione in generale, considerata secondo alcune indagini, significativa per l'attività che svolgono e l'atteggiamento nei confronti degli immigrati (Masullo, 2010). E' stato, così, chiesto se, ad esempio, a loro parere fosse importante che le immigrate preservassero le loro tradizioni e pratiche culturali, o se fosse preferibile piuttosto aiutarle nei loro paesi di origine.

5.3.3 - Le griglie di indagine per le immigrate

È stata elaborata una griglia tematica per le interviste semi – strutturate in profondità alle donne straniere provenienti da Filippine ed Ucraina volta ad approfondire, nell'ambito di diverse sezioni e sotto-sezioni, come le traiettorie migratorie delle immigrate, le loro condizioni in Italia, da un punto di vista familiare, lavorativo o abitativo, si intrecciano ai percorsi più specifici inerenti l'accesso ai servizi e ai vissuti del parto.

Nel corso delle interviste, così, una sezione è stata dedicata ai dati personali, alla situazione familiare, abitativa e occupazionale in Italia, alla conoscenza della lingua italiana ed infine, alle reti familiari e sociali sul territorio.¹⁹¹

Una ulteriore sezione ha, poi, inteso ricostruire i “progetti e i percorsi migratori” delle immigrate, chiedendo loro da quanto tempo siano in Italia, per quali ragioni abbiano deciso di lasciare il loro paese di origine, per quali motivi si siano stabilite nelle località di Pisa o di Napoli e quali siano stati i loro itinerari.

Una sezione successiva ha poi focalizzato l'attenzione sul “rapporto con i servizi sanitari” prendendo in considerazione le modalità di accesso ad essi. E' stato chiesto alle intervistate, pertanto, se siano in possesso di una tessera sanitaria, o S.T.P. (in quanto ciò consente anche di capire se siano in una situazione di regolarità o meno per il soggiorno), a quali canali facciano riferimento per avere informazioni, in caso di necessità (amiche o connazionali, familiari, ecc.), se a loro parere sia facile o difficile orientarsi fra i servizi del territorio, se preferiscano far riferimento a medici privati o al servizio pubblico, se

¹⁹¹ Nell'ambito di tale sezione, in ogni caso, alcune informazioni sono state rinviate al termine dell'intervista come quelle inerenti la conoscenza della lingua, la condizione abitativa, lavorativa e la rete sociale sul territorio, per dare più spazio sulle sezioni relative il rapporto con i servizi sanitari ed i percorsi inerenti la gravidanza ed il parto.

abbiano mai avuto, o abbiano ancora, difficoltà nel rapportarsi alle strutture sanitarie. Una sotto-sezione è stata poi, dedicata ai servizi inerenti la salute femminile. E' stato chiesto, così, alle immigrate se abbiano mai fatto controlli o visite in tale ambito in Italia, se si siano mai rivolte ai consultori del territorio e in tal caso, come si siano trovate e chi le abbia indirizzate ad essi. Un ulteriore focus ha fatto, poi, riferimento alle dimensioni inerenti l'ambito relazionale, domandando alle intervistate se abbiano mai avuto difficoltà con medici ed operatori sanitari legate a problematiche linguistiche, a differenze culturali o religiose, se preferiscano recarsi ai controlli da sole o accompagnate, se sia mai capitato loro di svolgere una visita in presenza di mediatrici inter – culturali e come considerino tale figura professionale. Alcune domande sono state volte ad approfondire, in particolare, la percezione o l'esperienza di eventuali episodi inerenti pregiudizi, stereotipi o forme di vera e propria discriminazione in ambito sanitario. Una ulteriore parte dell'intervista ha riguardato la “valutazione del sistema sanitario italiano”, con l'intento di approfondire se a parere delle immigrate, i servizi sanitari presenti sul territorio rispondano adeguatamente alle esigenze delle donne straniere, come siano considerati rispetto a quelli del paese di origine, per poi soffermarsi sugli eventuali suggerimenti volti a migliorarli.

Una sezione successiva è stata riservata alle donne in gravidanza e a quelle che hanno avuto dei bambini in Italia. Questa ha preso in considerazione i percorsi inerenti l'accesso ai servizi, i vissuti, le esperienze durante la gravidanza, il parto e il periodo successivo ad esso, in relazione alle questioni della medicalizzazione di tali eventi o a difficoltà legate ai percorsi migratori e occupazionali.

La sezione successiva ha, invece, focalizzato, l'attenzione sul ricorso a forme di pluralismo medico, in riferimento al fatto che sia nelle Filippine che in Ucraina sono particolarmente diffuse pratiche mediche tradizionali, che si affiancano alla biomedicina. È stato chiesto, quindi, alle immigrate se abbiano mai fatto ricorso ad esse nel paese di origine ed eventualmente in Italia, per sé stesse o per la cura dei loro bambini.

Una sezione conclusiva, infine, ha riguardato i progetti per il futuro delle donne intervistate. Progetti che, come è emerso in gran parte delle interviste, sono il più delle volte, orientati al rientro nel paese di origine o “temporaneamente

sospesi”, qualora siano presenti nel contesto migratorio i nuclei familiari e in particolare, i figli.¹⁹²

5.4 - Le fonti secondarie

Nel corso della ricerca sono state raccolte, analizzate informazioni statistiche inerenti la presenza straniera nei due territori considerati, a livello nazionale e regionale (permessi di soggiorno, dati anagrafici) e dati relativi all’ambito, più propriamente, sanitario.

Per quanto riguarda le statistiche sulla presenza immigrata si è fatto riferimento, in particolare, ai dati Istat a livello anagrafico relativi ai residenti stranieri e richiesti, inoltre, in forma di elaborazione personalizzata, quelli riferiti ai permessi di soggiorno, disaggregati per sesso e motivazioni, a livello regionale e provinciale. Sono stati, pertanto, analizzati i permessi di soggiorno dal 2012 al 2014 delle principali nazionalità presenti nelle province di Pisa e Napoli. Tali dati sono stati poi integrati a quelli più recenti, del 2016, riferiti alla collettività ucraina e filippina, in entrambi i territori e a livello regionale. Ciò, al fine di risalire ai modelli migratori e individuare le eventuali differenze nei due contesti della ricerca.

Una considerevole difficoltà per quanto riguarda i dati in ambito sanitario, con la quale mi sono scontrata fin dall’inizio della ricerca, è da ricondurre alla eterogeneità e alle difformità fra Servizi Sanitari Regionali. Ogni regione ha, infatti, le sue modalità per condurre forme di monitoraggio statistico per l’utenza immigrata¹⁹³ che possono essere difformi fra loro, come nel caso della Campania e della Toscana.¹⁹⁴ Ho, così, richiesto alcuni dati direttamente alle Asl di riferimento, come ad esempio, quelli relativi alle utenti straniere dei consultori. Le risposte, tuttavia, anche in tal caso non sono state del tutto omogenee e ciò si

¹⁹² L’intervista alle immigrate è stata articolata nelle seguenti sezioni e sottosezioni: *Dati personali; Percorsi migratori; Rapporto con i servizi sanitari del territorio (accesso ai servizi, relazione medico paziente, valutazione del sistema sanitario italiano); Gravidanza e parto (sezione riservata alle donne che sono in attesa o hanno avuto dei bambini nati in Italia); Approccio medico; Condizioni in Italia (capitale linguistico, condizioni abitative, condizioni lavorative, rete sociale e familiare presente sul territorio); Progetti per il futuro.* Per approfondimenti si rimanda alla Griglia di intervista semi strutturata allegata in Appendice.

¹⁹³ Vi sono in ogni caso alcune progettualità a livello nazionale con le quali si stia tentando di uniformare tale situazione anche ai fini di un omogeneo in monitoraggio delle condizioni epidemiologiche degli stranieri.

¹⁹⁴ Si rimanda per un approfondimento ai capitoli successivi.

ricollega alla diversa gestione ed organizzazione dei flussi informativi sanitari. Nel contesto pisano, infatti, i consultori raccolgono i dati delle utenze a livello informatico e i flussi informativi sono gestiti e rielaborati dall' E.S.T.A.R. (Ente per il Supporto Tecnico Amministrativo Regionale). A Napoli invece, i dati delle utenze sono raccolti su cartelle cartacee. E' stato così possibile poter ottenere le statistiche relative agli screening alle interruzioni volontarie di gravidanza, ma non quelle inerenti gli accessi per le gravidanze.¹⁹⁵

In ambito sanitario, in ogni caso, sono state prese in considerazione le statistiche inerenti le utenze dei consultori, fornite dal Servizio Flussi informativi dell'E.S.T.A.R - Area Nord Ovest e dall' Unità Complessa Tutela Salute Donna dell'Asl Napoli 1 ed inoltre quelli di progettualità specifiche rivolte a donne immigrate. Fra questi, in particolare, i dati forniti dalla Cooperativa Dedalus riferiti al progetto di mediazione dell'ex - ambulatorio rivolto a immigrate del II Policlinico di Napoli (2015),¹⁹⁶ quelli del Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati – Ospedale Ascalesi di Napoli (2016) forniti dal Dott. Luciano Gualdieri e del Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati (S.A.S.C.I.) dell'Asl Napoli 1, aggiornati al 2016 e non ancora pubblicati.

Le fonti secondarie, in particolare, sono state rappresentate da:

- Dati inerenti i permessi di soggiorno, disaggregati per cittadinanza, sesso e motivi del soggiorno a livello regionale (per la Campania e la Toscana) e provinciale, per Napoli e Pisa. Trend 2013 – 2015. (Fonte ISTAT, in forma di elaborazione personalizzata).
- Dati inerenti i permessi di soggiorno disaggregati per cittadinanza, sesso e motivi del soggiorno a livello regionale (per la Campania e la Toscana) e provinciale, per Napoli e Pisa delle collettività ucraine e filippine, al 31/12/2016 (Fonte ISTAT, in forma di elaborazione personalizzata)
- Dati Istat dei soggiornanti non comunitari disaggregati per nazionalità, città, sesso al 1/1/2016 (Fonte ISTAT)

¹⁹⁵ Una ulteriore difficoltà, invece, ha fatto riferimento al contesto pisano dove la chiusura della Provincia ha implicato anche la fine delle attività del Centro Nord Sud, che era impegnato sul territorio per il monitoraggio sulle condizioni degli immigrati e rappresentava per molte comunità straniere ed enti del privato sociale, un importante punto di riferimento. Il Centro Nord Sud avrebbe rappresentato un punto di riferimento per reperire informazioni sui gruppi e le comunità del territorio, ma anche per i dati e le informazioni statistiche. Le attività che svolgeva, al momento non sono state sostituite da altri enti od organizzazioni.

¹⁹⁶ L'ambulatorio ha, infatti, interrotto le sue attività nel corso del 2016. Per approfondimenti si rimanda al Cap. VI.

- Dati sui residenti, forniti dalle anagrafi comunali, aggiornati al 31 dicembre 2016 e disaggregati per sesso e cittadinanza a livello regionale e comunale (Fonte ISTAT).
- Dati delle utenze dei consultori forniti dall' Unità Complessa Tutela Salute Donna dell'ASL Napoli 1 disaggregati per nazionalità, età e motivazioni inerenti gli screening ginecologici, mammografici e le interruzioni volontarie di gravidanza (Trend 2014 – 2015).
- Dati dei consultori dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest (trend 2014 – 2016, questi ultimi parziali) sulle utenze, disaggregati per nazionalità, età motivi e consultori, forniti dal Servizio Flussi informativi dell'E.S.T.A.R. (Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale).
- Dati del Report S.A.S.C.I. (Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati) dell'Asl Napoli 1 su gravidanze, IVG di immigrate regolari e irregolari (anni 2014, 2015).
- Dati sulle utenze dell'Asl Napoli 1 al 2016 forniti dal Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati - S.A.S.C.I. e non ancora pubblicati.
- Schede di Assistenza al Parto (Rapporto sulla natalità in Campania, 2015; Basili, Di Rosa, Montorio, Tamburini, 2015).
- Report dati del progetto dell'ambulatorio presso il Policlinico di Napoli del 2015 (Fonte Coop. Dedalus),
- Report delle attività svolte e slide di presentazione del Consultorio Immigrati di Pisa (2015)
- Tabelle delle reti di progettualità e servizi che riguardano l'immigrazione forniti dalla Società della Salute di Pisa (2015)
- Tabelle delle reti di progettualità e servizi che riguardano le donne fornito dalla Società della Salute di Pisa (2015).
- Statistiche del Centro per la Tutela per la Salute degli Immigrati – Ospedale Ascalesi di Napoli, fornite dal Dott. Luciano Gualdieri al 2016.

CAPITOLO VI

I servizi sanitari e sociali a Napoli

In questo capitolo, dopo aver focalizzato l'attenzione sulla presenza straniera in Campania ed a Napoli in una prospettiva di genere e sulle statistiche sanitarie delle immigrate afferenti all'ASL Napoli 1 sia regolari che irregolari, si prenderanno in considerazione le attività di servizi sociosanitari che svolgono sul territorio cittadino un ruolo particolarmente significativo nell'ambito della salute femminile e della maternità.

Ci si soffermerà, pertanto, sull'organizzazione dei consultori dell'Asl Napoli 1, ai quali afferisce una considerevole utenza straniera e dove è stata svolta un'attività di osservazione, evidenziando quali siano le problematiche in riferimento alle possibilità di accesso per le immigrate. Si prenderà in considerazione, quindi, il ruolo e la centralità di servizi specificatamente pensati per rispondere ai bisogni degli stranieri, fra cui gli ambulatori dedicati per immigrati irregolari, il Centro Tutela Salute Immigrati ubicato presso l'Ospedale Ascalesi e l'ambulatorio ostetrico ginecologico dell'Ospedale Villa Betania.

Si approfondiranno, quindi, le peculiarità e le criticità delle attività di mediazione linguistico culturale, sovente legate a progettualità, affidate al privato sociale, caratterizzate da precarietà ed instabilità. Fra questi, in particolare il servizio Regionale di Mediazione Linguistico Culturale Yalla e quello realizzato presso gli ambulatori ostetrico ginecologici rivolti a donne immigrate del II Policlinico di cui, nel corso della ricerca, sono state interrotte le attività, sebbene rappresentassero sul territorio importanti punti di riferimento.

Saranno condotte, in conclusione, alcune riflessioni sul ruolo svolto da interventi specifici, come il Progetto Equità in Salute della Regione Campania e le progettualità del privato sociale per la tutela della salute delle immigrate e la maternità ed infine sulla valenza e sulle problematiche riscontrate nel corso delle interviste, in riferimento alla integrazione socio – sanitaria ed alle reti che sul territorio, possono facilitare l'accesso ai servizi delle utenti straniere e la presa in carico delle situazioni più complesse.

6.1 - La presenza straniera femminile in Campania e a Napoli

La presenza straniera in Campania dalla fine degli anni '70 è mutata di continuo da un punto di vista demografico e sociale e la regione che per anni ha rappresentato soprattutto un territorio di “transito” per gli immigrati si è tramutata, soprattutto nel corso del nuovo millennio, in una “area di insediamento stabile” (de Filippo, Strozza, 2015: 11).¹⁹⁷ Il processo di stabilizzazione, caratterizzato anche da un aumento delle seconde generazioni, ha costretto, così, i servizi sanitari e la scuola a doversi confrontare con una presenza “sempre più numerosa” ed eterogenea e si è per altro “consolidato”, come hanno evidenziato de Filippo e Strozza, in maniera apparentemente contraddittoria, in coincidenza dell’arrivo della crisi economica (de Filippo, Strozza, 2015).¹⁹⁸

In Campania gli immigrati ancor più degli italiani sono inseriti in ambiti occupazionali dequalificati e precari, soprattutto nell’area dei servizi alle famiglie (de Filippo, Strozza, 2015).¹⁹⁹ La regione, inoltre, è fra quelle “a più alto disagio abitativo”, e ciò assieme alla “precarietà lavorativa”, come hanno rilevato de Filippo e Strozza “rappresentano un aspetto centrale dell’esclusione sociale dei cittadini stranieri” (de Filippo, Strozza, 2015: 35)

¹⁹⁷ Come hanno rilevato de Filippo e Strozza (2015) la presenza di migranti stranieri nelle regioni del Mezzogiorno, come nel resto del Paese, risale a oltre quaranta anni fa. In Campania i primi arrivi sono rappresentati da donne eritree rifugiate e richiedenti asilo e uomini nordafricani con progetti migratori temporanei. Alla fine degli anni '70 vi è una considerevole presenza di donne filippine, capoverdiane latino americane e srilankesi soprattutto nella città di Napoli, inserite nell’ambito dei servizi. Gli anni '80 sono caratterizzati dagli arrivi dell’Africa Subsahariana, mentre gli anni '90 dal fatto che le migrazioni Est Ovest prendono il sopravvento rispetto all’asse Sud Nord, con l’aumento di immigrati albanesi e dell’Est Europa, soprattutto nell’area dei servizi alle persone. In questo periodo la presenza immigrata in Campania, è estremamente varia ed articolata, rappresentando, come ha rilevato Mottura “un arcipelago” in termini di provenienze ma la regione resta un’area di transito. Sarà nel nuovo millennio che si verifica il “passaggio sostanziale da area prevalentemente di transito ad area di stanzialità (Russo Krauss, 2005; Amato, Coppola, 2009). In questo periodo si riscontra un aumento di ucraini e cinesi. Per approfondimenti a riguardo si rimanda a de Filippo, Strozza, 2015.

¹⁹⁸ La crisi economica “può avere avuto sul mercato del lavoro locale”, come hanno rilevato Morlicchio, de Filippo e Strozza, effetti che si “prestano a diverse interpretazioni” e probabilmente ha contribuito al processo di stabilizzazione dei lavoratori stranieri sia a causa delle “mancate partenze”, sia per i “ritorni” di coloro che avevano già vissuto nella regione prima di trasferirsi al Nord, ma che una volta “espulsi dal mercato del lavoro” possono essersi poi “rifugiati” nelle località “che li avevano accolti in passato” (Morlicchio, de Filippo, Strozza, 2013; de Filippo, Strozza, 2015).

¹⁹⁹ Nel settore dei servizi, è considerevole la presenza di immigrati dell’Europa dell’Est, come Russi ed Ucraini e del continente asiatico, dagli Srilankesi o filippini. Persone di origine africana, invece, lavorano soprattutto nel settore del commercio, come i senegalesi. Operai generici o specializzati, sono per la maggior parte marocchini.

Secondo i dati Istat i residenti stranieri in Campania al 31 dicembre 2016 sono 243.694 (Istat, 2016) e costituiscono il 4% del totale dei residenti, quota considerevolmente più bassa rispetto alla media nazionale (per la quale gli immigrati) corrispondono all' 8% del totale.²⁰⁰ La presenza femminile nella regione corrisponde a 125.645 unità, rappresentando il 51,6 % del totale, con una diminuzione percentuale rispetto agli anni precedenti.²⁰¹

La composizione per genere, in ogni caso, come nel resto d' Italia, si differenzia considerevolmente fra immigrati di diversa provenienza, in relazione alle peculiarità dei flussi migratori. Considerando le comunità più significative sul territorio, le donne rappresentano il 75,1 % degli Ucraini, il 58,3 % dei romeni, il 30,8 % dei marocchini, il 46,7 degli srilankesi e il 44,9 dei cinesi % e 75,5 % dei polacchi.²⁰²

In Campania, inoltre, è stato riscontrato un aumento negli anni in riferimento al numero di nascite e di acquisizioni di cittadinanza, che rappresentano indicatori di stabilizzazione della presenza straniera sul territorio. La regione, tuttavia, non contribuisce alla natalità in maniera significativa, poiché i nuovi nati sono alla fine del 2015, 2.352 e rappresentano il 4,6% del totale delle nascite con un andamento analogo all' anno precedente, ponendosi, per nati stranieri, molto al di sotto della media nazionale. È possibile, così, rilevare uno scollamento fra la considerevole presenza femminile e la natalità. La presenza di minori in Campania, invece, corrisponde a 3.513, costituendo il 15,1% del totale, anche se la popolazione immigrata sul territorio resta particolarmente giovane poiché oltre il 70% che ha una età inferiore ai 44 anni (Idos, 2016: 401).

²⁰⁰ Si rimanda alla Tabella 1 allegata in Appendice. A livello provinciale, in ogni caso, la situazione si presenta diversificata, e le provincie ove si riscontra la maggiore presenza di immigrate sul totale della popolazione straniera sono Avellino e Benevento, analogamente all' anno precedente (Fonte Istat, residenti 01/01/2017)

²⁰¹ Si rimanda alla Tabella 2 allegata in Appendice dalla quale si evince come negli anni, dal 2011 la percentuale di immigrate sul totale dei residenti sia progressivamente diminuita. Le immigrate costituivano nel 2011 il 58% dei residenti mentre alla fine del 2015 il 52,7% del totale (percentuale analoga alla media nazionale corrispondente a 52,6%).

²⁰² Si rimanda alla Tabella 3 allegata in Appendice. La quota di immigrate supera nella regione le mille unità, fra coloro che provengono inoltre da Russia, Albania, Nigeria, Filippine, India, Brasile, Rep. Domenicana e Moldavia, Bangladesh. Si rimanda alla Tabella 3 allegata in Appendice. Alcune collettività che non sono fra quelle di più antico insediamento nella città, inoltre sono rappresentate per più dell'80%, da donne ed in particolare quella proveniente da Bielorussia, Federazione Russa, l'Estonia, Ungheria, Slovacchia, ma anche Kirghizistan, Georgia, Kazakistan, Corea del Sud, Indonesia, Thailandia (Idos, 2016: 402).

Analizzando invece i dati dell'INAIL²⁰³ le donne straniere, alla fine del 2015, rappresentano il 39 % degli occupati in regione (mentre la media nazionale è del 45,9%) e nella provincia di Napoli è possibile riscontrare la minore partecipazione di donne immigrate al mercato del lavoro (Idos, 2016: 404).²⁰⁴ La maggior parte degli immigrati inoltre è occupata nel settore dei servizi (58,1%), quota che in provincia di Napoli aumenta al 69,4% (Idos, 2016: 404).²⁰⁵

Riguardo più nello specifico la città di Napoli, in base ad una indagine campionaria condotta fra immigrati regolari e irregolari (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014) la presenza straniera è aumentata considerevolmente nell'ultimo decennio (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014).²⁰⁶ Essa è rappresentata in prevalenza da immigrati provenienti da paesi dell'Asia e dell'Europa dell'Est ed appare "più femminile" e "adulta" rispetto al resto d'Italia (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014).²⁰⁷

²⁰³ I dati dell'archivio dell'INAIL fanno riferimento agli occupati nati all'estero che hanno lavorato almeno un giorno nel corso dell'anno o il cui rapporto di lavoro attivato in anni precedenti sia ancora in corso. Esso tuttavia sovrastima gli occupati stranieri, poiché include gli italiani nati all'estero e rimpatriati e gli immigrati che hanno acquisito la cittadinanza straniera (Idos, 2016: 404).

²⁰⁴ Dai dati INAIL si evince come in termini di provenienza, i più numerosi fra gli occupati siano i romeni (17,8%) seguiti da ucraini (11,7%), marocchini (6,9%), cinesi (4,7%), bengalesi (4%), srilankesi (3,5%), indiani (3,3%) polacchi (3,1%) e bulgari (2,5%) (Idos, 2016: 404).

²⁰⁵ Seguono i settori dell'industria (22,5%, una quota analoga alla media nazionale) e dell'agricoltura (12,1%). Gli immigrati nella regione in ogni caso, sono inseriti in lavori a bassa qualifica professionale e in attività per la maggior parte rifiutate dalla popolazione italiana, precarie e male retribuite. (Idos, 2016: 404).

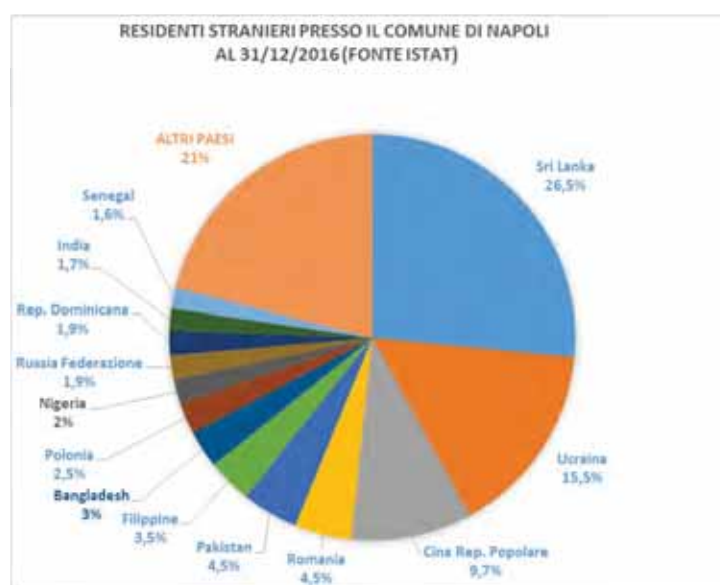
²⁰⁶ Tale indagine è stata condotta, nella consapevolezza che le statistiche ufficiali forniscono un quadro parziale del fenomeno migratorio, al fine di stimare anche la presenza irregolare nella città. Per approfondire le condizioni di integrazione sul territorio sono state prese in considerazione molteplici variabili fra cui quelle socio – culturali, le condizioni lavorative abitative economiche. In particolare è stato costruito un indice sintetico di integrazione basato su quattro dimensioni: culturale, sociale, economica e giuridica. Questa indagine pertanto sebbene aggiornata al 2014 può considerarsi particolarmente attuale e significativa. L'indagine ha stimato, attraverso il metodo del campionamento per centri di aggregazione, che al 2014 gli immigrati a Napoli erano circa 67.550 di cui 45.900 residenti e 22.000 non residenti (regolari e irregolari) (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014). La maggior parte degli immigrati nella città inoltre proveniva da Sri Lanka (24%), Ucraina (18%), Cina (9%), Romania (6%), Filippine (4%) e le donne rappresentavano il 43% del totale, sebbene fossero considerevoli le differenze in termini di composizione genere fra paesi di diversa provenienza (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014). Per approfondimenti si rimanda a Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014.

²⁰⁷ Dall'indagine campionaria al 2014 risultava un aumento nell'ultimo periodo, a Napoli, di stranieri provenienti da Europa dell'Est, e Asia, mentre residuale era invece la quota di Nordafricani, o di persone dall'America Latina. Tenendo conto delle diverse dimensioni in cui si articola l'integrazione la situazione in ogni caso si è presentata particolarmente complessa ed articolata in base alle provenienze. Dall'indagine, in particolare, è emerso come i più alti livelli di integrazione fossero propri di comunità di più antico insediamento come quella peruviana e capoverdiana. Immigrati cinesi invece erano quelli maggiormente integrati sul piano economico ma con le maggiori difficoltà da un punto di vista culturale, giuridico e sociale, mentre quelli

Dai dati Istat più recenti si evince come i residenti stranieri nella città di Napoli al 31/12/2016 siano 55652. Costituiscono, pertanto, il 5,7% della popolazione, e fra loro le donne rappresentano il 52,1%.²⁰⁸ (Fonte Istat, 2016)

Analizzando le statistiche dei residenti per sesso e cittadinanza si evince come i paesi principali da cui provengono gli immigrati varino a livello provinciale e comunale.²⁰⁹

Nella città di Napoli in particolare i residenti stranieri provenienti dai principali paesi a forte pressione migratoria, sono rappresentati da Sri Lanka (26,5%), Ucraina (15,5%), Cina (9,7%), Romania (4,5%), Pakistan (4,5%) Filippine (3,5%) Bangladesh (3%), Polonia (2,5%).²¹⁰



Considerando che la distribuzione per genere varia considerevolmente fra i diversi paesi, è possibile riscontrare come le immigrate sul territorio cittadino

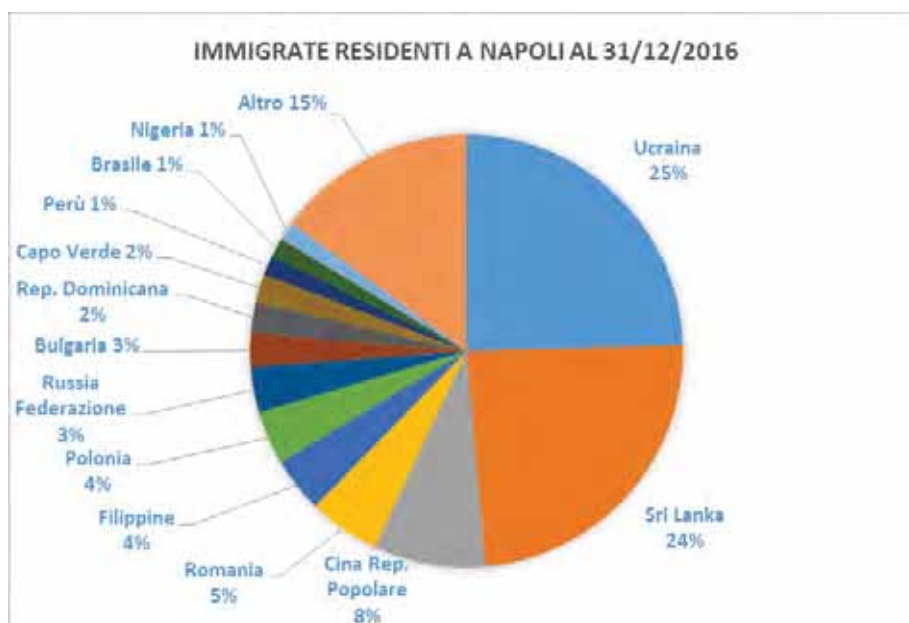
ucraini si collocavano in una posizione intermedia. (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014) Per approfondimenti si rimanda a Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014

²⁰⁸ Nella provincia di Napoli gli stranieri residenti sono, invece, 123.733 e corrispondono al 4% della popolazione di cui il 51,5 % rappresentato da donne (Fonte Istat, 2016) Si rimanda alla Tabella 4 allegata in Appendice

²⁰⁹ Si rimanda alle Tabelle 4 e 5 allegata in Appendice.

²¹⁰ Si rimanda per approfondimenti alla Tabella 5 in Appendice. Tali percentuali a livello comunale sono calcolate sul totale dei residenti stranieri provenienti dai principali paesi a forte pressione migratoria. A livello provinciale tuttavia il dato inerente le principali nazionalità da cui provengono gli immigrati muta. Esse sono infatti, rappresentate da Ucraina (18%), Sri Lanka (12%), Cina (9%), Romania (8,6%), Bangladesh (5,7%), Marocco (4,5%) seguite da Polonia 3,8 %, Pakistan 3,4%, Bulgaria 2,7%, Nigeria 2%, Filippine 1,9%.

provengano, in prevalenza da Ucraina (25%), Sri Lanka (24%), Cina (8%), Romania (5%), Filippine (4%), Polonia (4%), Russia (3%).²¹¹



6.2 - Le utenze femminili presso l'ASL Napoli 1: le statistiche sanitarie del servizio S.A.S.C.I.

Presso l'ASL Napoli 1 l'utenza femminile che accede ai servizi sanitari si diversifica nei vari distretti territoriali, per provenienza, caratteristiche socio – demografiche e situazione legale, come si evince dalle statistiche del Servizio Attività Socio – sanitarie Cittadini Immigrati (S.A.S.C.I.) al 31 dicembre 2016.²¹² Il Servizio Attività Socio Sanitarie Cittadini Immigrati svolge diverse attività occupandosi del Coordinamento inter-istituzionale²¹³ e del Coordinamento

²¹¹ Per ulteriori approfondimenti si rimanda alle Tabella 6 in Appendice. Analizzando, invece, i dati inerenti i permessi di soggiorno a livello provinciale si evince come i soggiornanti siano rappresentati in prevalenza da immigrati ucraini, srilankesi, cinesi, bengalesi, marocchini, pakistani e filippini (Fonte Istat al 31/12/2016 su elaborazione personalizzata).

²¹² Il servizio SASCI dell'Asl Napoli 1 pubblica ed aggiorna dal 2012 un report statistico inerente l'accesso ai servizi sanitari della città di immigrati regolari e irregolari extracomunitari in possesso di tessera S.T.P. o europei non iscritti in possesso di tessera ENI. I dati qui riportati che fanno riferimento all'anno 2016 non sono stati ancora pubblicati ufficialmente e sono stati forniti direttamente, su richiesta, dalla responsabile del servizio, la Dott.ssa Buondonno.

²¹³ Le attività di Coordinamento inter – istituzionale prevede per il Servizio la partecipazione a Tavoli Tecnici di Coordinamento cittadino delle progettualità integrate ASL, Ente Locale e Terzo

aziendale in tema di offerta sanitaria per immigrati e senza fissa dimora, in particolare in riferimento, agli S.T.P. ed E.N.I.²¹⁴ Segue, inoltre, le attività inerenti la formazione rivolta ad operatori sanitari e del sociale ed infine le iniziative istituzionali dell'Ufficio Centrale STP ²¹⁵ (SASCI, 2015: 2).

Le statistiche del Servizio SASCI fanno riferimento alle utenze immigrate assistite dall' ASL Napoli 1, sia regolari (iscritte al S.SN.) che irregolari (in possesso di tessera STP o ENI).

Fra immigrati provenienti da paesi a forte pressione migratoria, al 31 dicembre 2016, risultano iscritte al S.S.N. 32.180 persone,²¹⁶ di cui la prevalenza è costituita da donne che sono 18.812, ovvero il 58,5% del totale.²¹⁷

Le prime cinque nazionalità sono rappresentate da Sri Lanka (28,6 %), Ucraina (19 %), Filippine (4,7%), Cina (4,2%), Capo Verde (2,8%) e sono seguite da Federazione Russa, Pakistan, Repubblica Dominicana, Brasile, Bangladesh, Perù, Nigeria, Senegal.²¹⁸

Le provenienze degli assistiti dall' ASL, variano in base ai distretti. Fra questi, quelli interessati ad una maggiore presenza di utenza immigrata regolare sono il 31 (Avvocata, Montecalvario, S. Giuseppe, Porto, Mercato, Pendino), il 33 (Poggioreale, Zona Industriale, San Lorenzo, Vicaria) ed il 29 (Stella e San Carlo all' Arena), ovvero quelli più popolari e centrali della città nei quali si concentra la maggioranza degli immigrati (Ammirata, de Filippo, Strozza, 2014) ed inoltre il Distretto 24 (San Ferdinando, Chiaia, Posillipo) che corrisponde ad una zona più ricca, ove presumibilmente, vi è una utenza rappresentata da immigrate impiegate

Settore in tema di prevenzione e promozione della salute degli immigrati e dei senza fissa dimora, ai lavori del Consiglio Territoriale di Governo (Prefettura di Napoli) su immigrazione e gestione dell'emergenza profughi, ed ai lavori dei competenti uffici della Regione Campania in tema di procedure e normative riguardanti l'assistenza agli immigrati e collaborazioni ad attività e progetti regionali. (SASCI, 2015).

²¹⁴ A riguardo il servizio S.A.S.C.I. fornisce supporto alle aziende in tema di aggiornamento su normative e procedure riguardanti i diritti sanitari di stranieri iscritti al SSN, STP e ENI, per progetti e ed attività di prevenzione e promozione della salute ed per la gestione e l'aggiornamento del sito web aziendale in riferimento a dati, materiali informativi, procedure normative (Report SASCI, 2015: 3).

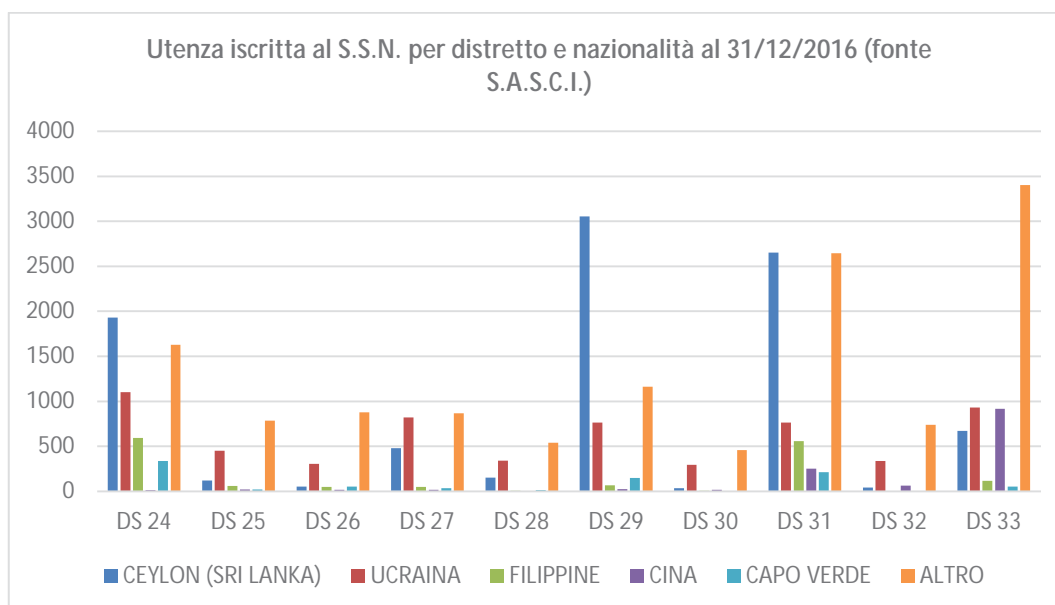
²¹⁵ Le iniziative dell'Ufficio Centrale STP *sono state* attribuite all' U. O. SASCI con disposizione della Direzione Generale n.59 del 22/08/2009. Fra le attività previste in questo ambito vi sono il Coordinamento e la gestione delle procedure di rendicontazione delle prestazioni per STP da parte di presidi aziendali ed ospedalieri, e l'aggiornamento delle procedure di rendicontazione, della revisione elaborazione e informazione di pratiche di assistiti con tessera STP o ENI.

²¹⁶ Al 31/12/ 2013 erano invece iscritte 26.614 persone immigrate con un decremento, a fronte della rilevazione al dicembre 2012 di 707 assistiti.

²¹⁷ Si rimanda alla Tabella 9 allegata in Appendice.

²¹⁸ Si rimanda alla Tabella 9 allegata in Appendice.

nei servizi alla persona o in ambito domestico. In tutti i Distretti vi è una prevalenza di donne iscritte al SSN (che diviene considerevole nel distretto 24) ad esclusione del distretto 33 ove invece vi è, invece, una maggioranza di uomini.²¹⁹ Analizzando le iscrizioni per distretto e per le principali provenienze si evince come vi sia una significativa presenza di srilankesi nei distretti 29 (Stella e San Carlo all' Arena) e 31 (Avvocata, Montecalvario, S. Giuseppe, Porto, Mercato, Pendino), 24 (San Ferdinando Chiaia Posillipo), di filippini nei distretti 24 e 31, di capoverdiani nel 24 e 31 e di cinesi nel 33 (Poggioreale, Zona Industriale, San Lorenzo, Vicaria) e nel 31. Immigrati ucraini invece sono distribuiti fra tutti i Distretti in maniera significativa, ma si concentrano soprattutto nel distretto 24, 33, 27, 31 e 29.



Gli immigrati privi di permesso di soggiorno provenienti da paesi extraeuropei, in possesso di tessera *STP Stranieri Temporaneamente Presenti* assistiti dalla ASL Napoli 1 Centro al 31 Dicembre 2016 sono 4.375, con un incremento, a fronte della rilevazione del 2013.²²⁰

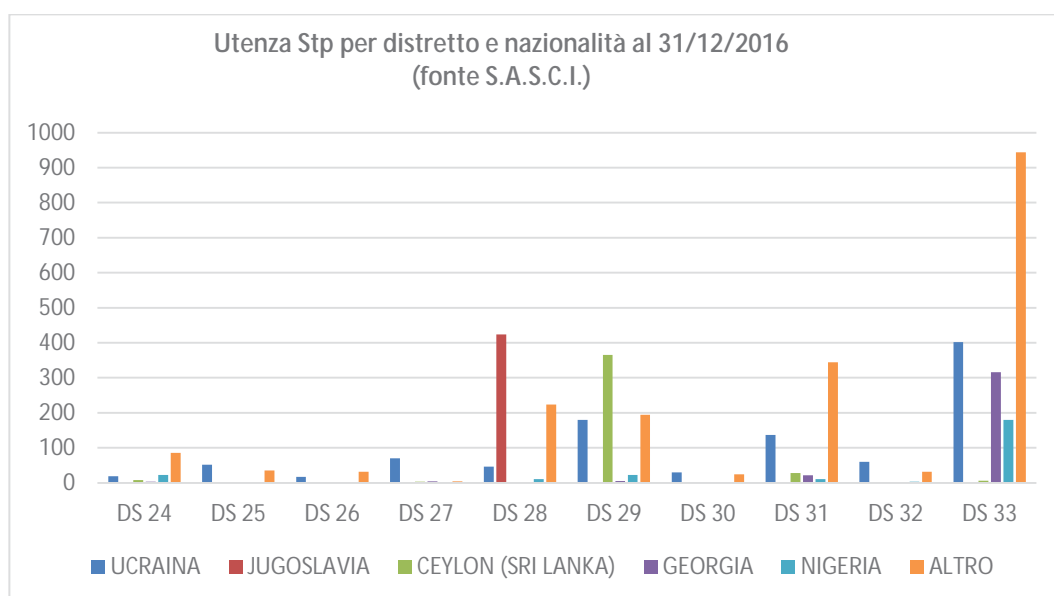
²¹⁹ Si rimanda alla Tabella 8 allegata in Appendice.

²²⁰ Al 31 /12 / 2013 infatti gli STP assistiti dall' ASL Napoli 1 erano 3.254 (SASCI, 2015). Si rimanda alla Tabella 11 allegata in Appendice.

Le donne che costituiscono il 57,8% del totale, e anche in questo caso, rappresentano la maggioranza in tutti i distretti ad esclusione del distretto 31 e del 24, in cui tale rapporto si inverte a favore degli uomini.²²¹

I principali paesi di provenienza degli assistiti S.T.P. non corrispondono a quelli degli immigrati iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e sono rappresentati dall'Ucraina (23,1%) , la ex-Jugoslavia (9,7%), lo Sri Lanka (9,%), la Georgia (8,1%), la Nigeria (5,8%) e il Senegal (5,8%) seguiti da Bangladesh e Federazione Russa. Molto esigua è la quota di filippini (5 donne e 1 uomo) in possesso di STP (SASCI, dati al 31/12/2016).²²²

Analizzando i dati territoriali, si evince come gli ucraini STP si concentrino in prevalenza nei distretti 33, 29 e 31, gli jugoslavi nel distretto 28, dove provengono per la maggioranza dai campi rom del territorio di Scampia e Secondigliano, gli srilankesi nel Distretto 29, ed i georgiani e i nigeriani nel 33. Tale distribuzione rende così l'idea di quali siano le municipalità ove si concentra la quota maggiore di immigrati provenienti da paesi extraeuropei privi di permesso di soggiorno.²²³



Gli assistiti dall' ASL Napoli 1 in possesso di tessera ENI sono, invece, 579 di cui 400 donne che rappresentano pertanto la maggioranza, ovvero il 69% % del totale. Essi provengono in prevalenza dalla Romania per il 66,3 % (di cui il 68% donne) , per il 24,2% dalla Bulgaria (di cui le donne rappresentano il 75%) e per il 6,9 %

²²¹ Si rimanda alla Tabella 18 allegata in Appendice

²²² Si rimanda alla Tabella 11 allegata in Appendice

²²³ Si rimanda alla Tabella 12 allegata in Appendice

dalla Polonia (di cui le immigrate costituiscono il 65%), (SASCI, dati al 31/12/2016).²²⁴

La fascia d'età più numerosa, in tutti i Distretti, sia per gli iscritti al SSN sia per coloro che sono in possesso di tessera STP o ENI è quella compresa tra i 18 ed i 49 anni, seguita da coloro che hanno una età compresa fra i 50 ed i 64 anni.²²⁵

Riguardo più nello specifico l'utenza femminile, l'ASL Napoli 1 Centro assiste, al 31 dicembre 2016, 21.741 donne immigrate di cui 18.812 (86,5%) iscritte al SSN provenienti da paesi a forte pressione migratoria e 2529 (11,6%) STP 400 (1,8%) ENI.²²⁶

Fra le iscritte al servizio sanitario nazionale, le prime cinque collettività provengono da Ucraina, Sri Lanka, Filippine, Cina e Federazione Russa e si concentrano in prevalenza nei distretti 24, 31, 33, 29. Le immigrate filippine sono presenti soprattutto nei distretti 24 e 31, mentre le donne ucraine sono maggioritarie nei distretti 24, 33, 27 e costituiscono la maggioranza delle iscritte in tutti i distretti ad esclusione del 29 e del 31 (dove invece si collocano al secondo posto dopo le srilankesi).²²⁷

L'utenza femminile S.T.P. è invece rappresentata da immigrate che provengono in prevalenza da Ucraina, Georgia, Sri Lanka, Jugoslavia, Federazione Russa, ed è particolarmente numerosa nel distretto 33. Le donne ucraine sono le più numerose in tutti i distretti, ad esclusione del 28, dove sono invece maggioritarie le rom provenienti dalla ex Jugoslavia e del distretto 29 in cui sono precedute dalla srilankesi. La presenza di ucraine, in ogni caso, è particolarmente significativa nei distretti 33, 31, e 29.

Le immigrate in possesso di tessera Eni assistite dall' ASL Napoli 1, invece, provengono in prevalenza da Romania, Bulgaria e Polonia e sono più numerose nel distretto 33.²²⁸

Analizzando la distribuzione territoriale si evince come le iscritte al SSN siano più numerose nei distretti 24, 31 e 33 e anche nel 29, mentre il numero più alto di

²²⁴ Si rimanda alla Tabella 13 allegata in Appendice

²²⁵ Si rimanda alla Tabella 14 allegata in Appendice

²²⁶ Si rimanda alla Tabella 15 allegata in Appendice

²²⁷ Si rimanda alla Tabella 16 allegata in Appendice

²²⁸ Si rimanda alla Tabella 17 allegata in Appendice

donne STP si ritrova nei distretti 33, 31 e 29 e 28, e ENI nei distretti 33 ed in misura minore 29 e 32.²²⁹

Dall' analisi delle statistiche sanitarie pertanto si evince come l'utenza immigrata dei servizi sanitari del territorio sia prevalentemente rappresentata da donne, le quali si rivolgono alla sanità soprattutto per questioni legate alla salute femminile o alla gravidanza ed al parto. (SASCI, 2015)²³⁰

Le donne infatti, sono la maggioranza anche qualora si analizzano i dati inerenti i ricoveri ospedalieri fra immigrati irregolari. Esse, ad esempio, rappresentano il 66% del totale degli STP adulti, e provengono soprattutto da Ucraina, Cina, Sri Lanka, Russia e Nigeria. Fra le cause di ricovero, nel triennio 2010 – 2012, quella principale è legata a motivazioni ostetrico e ginecologiche che rappresentano il 65% del totale e di queste la maggioranza è costituita ad aborti (39%) e parti (39%).

Le Interruzioni di gravidanza fra donne con STP, in particolare, nel triennio 2010 – 2012 sono state per la maggior parte volontarie (per il 75%), e hanno coinvolto in prevalenza donne srilankesi (24%) ed ucraine (22%), seguite da immigrate provenienti da Georgia (8%), Capoverde (6%), Russia (6%), Perù (5%) Cina (4%) (Sasci, 2015: 29). Nello stesso triennio inoltre gran parte delle IVG a donne STP sono state praticare all' Ospedale San Gennaro (68%) al Loreto Mare (17%), ed al San Paolo (14%). (SASCI, 2015).

Analizzando, invece, le schede di assistenza al Parto (CE.D.A.P.) dell'ASL Napoli 1 al 2013, è possibile confrontare le modalità di parto fra donne italiane e straniere rilevandone le differenze. In particolare la quota di parti di donne straniere sia regolari che STP sul totale rappresenta il 9% (Report SASCI, 2015: 47). Riguardo le modalità del parto, fra le immigrate vi è una prevalenza di parti naturali (il 52,5%) a differenza delle italiane fra le quali prevale, invece, la quota di cesarei (65,8%). Le madri immigrate inoltre si rivolgono per partorire a

²²⁹ Si rimanda alle Tabelle 17 – 18 - 19 allegate in Appendice

²³⁰ Dai dati inerenti le visite specialistiche ad immigrati adulti STP si evince come siano rappresentate in misura prevalente da visite ginecologiche (per il 15%) e ostetriche (15% del totale), seguite poi da altre motivazioni (Report SASCI, 2015: 19).

strutture pubbliche o convenzionate (per il 67%) in misura maggiore rispetto alle donne italiane (50%) (SASCI, 2015: 49).

Fra i nati con cittadinanza non italiana prevalgono quelli europei, sia comunitari che non (43%), seguiti da bambini asiatici (36%). Le madri europee, in particolare, provengono per la maggior parte da Romania (16%), Russia (6%), Polonia, ex Jugoslavia e Ucraina che rappresentano il 5% del totale, mentre quelle di origine asiatica sono soprattutto srilankesi (18%) (Report SASCI, 2015: 49).

6.3 - I servizi sul territorio: le Unità Complesse “Tutela Salute Donna”

Presso l’ASL Napoli 1, vi sono tredici Consultori, ubicati nei dieci Distretti Sanitari del territorio ed organizzati, al fine di rispondere alle esigenze delle immigrate, secondo la logica dell’ “accompagnamento”,²³¹ per la quale si prevede la presenza di mediatrici culturali in caso di necessità.

Tali servizi sono attualmente denominati Unità Complessa “Tutela Salute Donna” così da distinguere le attività che svolgono per la cura della salute femminile da quelle rivolte ad un utenza rappresentata da minori ed adolescenti. Questa denominazione ha, infatti, sostituito quella precedente di Unità Materno Infantile e ciò come ha evidenziato la Dott.ssa Papa, Responsabile dei consultori dal 1995 ha rappresentato un traguardo culturale slegando il “diritto di accesso alle cure” dalla maternità. (Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

I servizi consultoriali dell’Asl Napoli 1 prevedono percorsi di assistenza alla nascita, attività di screening ginecologiche e senologiche, ovvero esami volti alla prevenzione della salute femminile gratuiti nella fascia di età compresa fra i venticinque ai sessantacinque anni e percorsi legati alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza.

Il primo consultorio è sorto nella città di Napoli nel 1981 come ricorda la Dott.ssa Papa che racconta

“Abbiamo aperto Pietravallo in un container, proprio con Ugo Vairo, e poi Miano , Fuorigrotta [...], l’equipe si è andata formando mano, mano, quindi eravamo tutte giovani e tutte ... con l’entusiasmo! Soprattutto eravamo giovani,

²³¹ Per ulteriori approfondimenti in riferimento alle tipologie inerenti l’organizzazione dei servizi per stranieri elaborate da Tognetti Bordogna (2004), si rimanda al Capitolo IV, paragrafo 4.1.

c'era la voglia di fare, non c'erano, diciamo, preconcetti. Non c'era diciamo tanta tutela della propria persona, per cui ci si impegnava, si faceva... insomma! Adesso invece ...” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

Nel tempo l'utenza di donne immigrate è aumentata divenendo considerevole soprattutto nell'ultimo decennio, come ricorda una ostetrica del Consultorio del Distretto 31 impiegata presso tali servizi, da circa venti anni.²³² Sostiene infatti:

“L'utenza è cambiata, soprattutto gli stranieri. Prima erano la maggioranza i nostri napoletani adesso, nell'ultimo decennio è aumentata tantissimo la presenza di stranieri quindi l'utenza giustamente! (Intervista a ostetrica AUSL N.O. Pisa 2017)

L'offerta dei consultori dell'ASL Napoli 1 per le immigrate è organizzata sul principio per il quale non vi debbano essere servizi dedicati e differenziati. Per i casi più problematici come quelli rappresentati da vittime di tratta le operatrici di cooperative impegnate in progettualità specifiche, accompagnano le immigrate ai servizi in caso di necessità, facendo da intermediarie per la loro situazione.

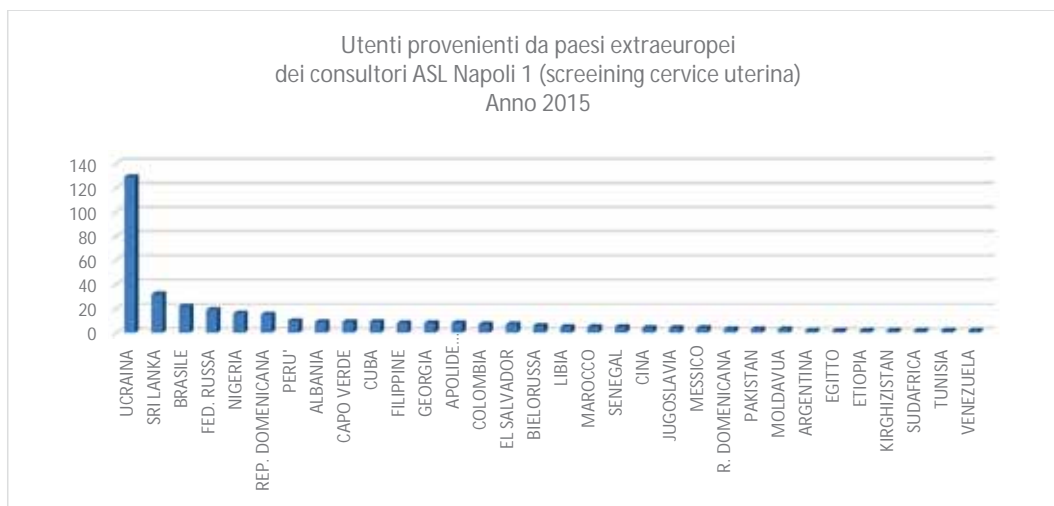
Da un'analisi dei dati inerenti gli screening e le Interruzioni Volontarie di Gravidanza relativi alle utenze straniere si evince come le nazionalità prevalenti si differenzino nei diversi distretti del territorio.²³³

Le immigrate originarie di paesi extracomunitari che si sono rivolte ai consultori per la prevenzione ginecologica, nel corso del 2015, sono in totale 393 e provengono soprattutto da Ucraina (33,7%), Sri Lanka (8,4%), Brasile (5,7 %), Federazione Russa (5%), Nigeria (4,2 %), Repubblica Dominicana (3,9%) Perù (2,6%), Albania e Capo Verde (2,3%). La quota di immigrate filippine è, invece, poco significativa, in quanto rappresentata da sole otto donne che costituiscono il 2,1% del totale (Dati screening della cervice uterina, Asl Napoli 1, anno 2015).²³⁴

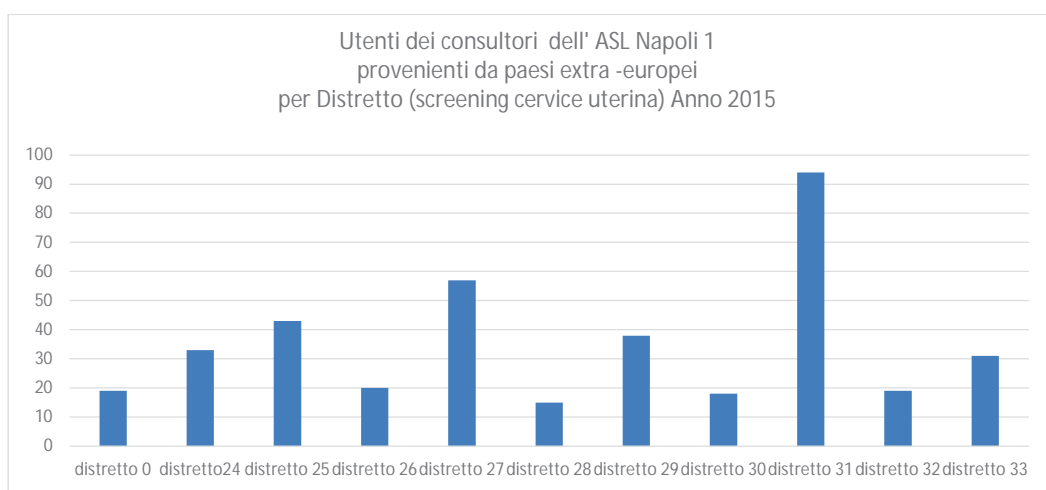
²³² Non è stato possibile reperire dati relativi alle utenze dei consultori disaggregati per nazionalità in una prospettiva storica al fine di poter delineare con più precisione quando le immigrate abbiano iniziato a rivolgersi a tali servizi in maniera maggiore e come sia mutata nel tempo.

²³³ I dati inerenti lo screening e le Interruzioni Volontarie di Gravidanza sono stati forniti dai consultori dell'ASL Napoli 1 su richiesta. Non è stato tuttavia possibile poter avere i dati inerenti relativi agli accessi per gravidanza. Ciò si ricollega anche al fatto che al momento le cartelle mediche sono in formato cartaceo e non è stato predisposto un flusso informativo dei dati inerenti gli accessi. Si rimanda alla Tabella 20 allegata in Appendice

²³⁴ Si rimanda alla Tabella 21 allegata in Appendice.



L'utenza straniera proveniente da paesi extraeuropei che si è rivolta ai consultori per lo screening nel 2015, inoltre, si concentra, in prevalenza, presso il Consultorio del distretto 31, ma è significativa anche nel distretto 27 (Vomero, Arenella), 25 (Bagnoli, Fuorigrotta), 29 (Stella San Carlo all' Arena) e 33 (Poggioreale, zona industriale, San Lorenzo, Vicaria).²³⁵



Le immigrate di paesi appartenenti all' Unione Europea che si sono rivolte ai consultori dell'ASL Napoli 1 per la prevenzione ginecologica provengono, invece, soprattutto da Romania (49) Bulgaria e Polonia (22) e tale utenza si concentra in particolare nel Distretto 31, 29 e 33.²³⁶

Le donne straniere che si sono rivolte, in particolare, al consultorio del Distretto 31 nel 2015 per pap- test, provenienti da paesi non appartenenti all' Unione

²³⁵ Si rimanda alla Tabella 23 allegata in Appendice.

²³⁶ Si rimanda alle Tabelle 22 – 24 allegata in Appendice

Europa sono 387 e corrispondono al 3,9% del totale, da paesi europei invece sono 116 e corrispondono al 1,2%. Le immigrate che, invece, vi sono rivolte per screening mammografico, provenienti da paesi extra – europei sono 141 (il 2,8%) da paesi europei sono invece 30 (0,6%).²³⁷

Le donne straniere che si rivolgono al consultorio del Distretto 31, per IVG, invece, costituiscono una quota superiore, in quanto quelle provenienti da paesi extra-europei rappresentano il 16 % del totale, mentre coloro che provenivano da paesi dell'Unione Europea sono il 5,7% del totale.²³⁸

Analizzando i dati inerenti le Interruzioni Volontarie di gravidanza al 2015 si evince come la maggior parte di straniere non comunitarie, su di un totale di 172 donne, provenga da Sri Lanka (35) Ucraina (30), Nigeria (17), Ex Jugoslavia (17) e Cina (13).²³⁹ La quota di richieste di IVG si concentra in particolare presso il Distretto 31 ove si riscontra l'81,4 % dell'utenza dell'intera Asl Napoli 1 (140 casi su di un totale di 152 richieste), sebbene sia consistente anche presso i consultori del Distretto 28 e 33 (Dati Asl Napoli 1 – Unità Complessa Tutela Salute Donna, per l'anno 2015).

Presso il consultorio del Distretto 31 le nazionalità delle immigrate che hanno fatto richiesta di interrompere una gravidanza, sono abbastanza eterogenee. Esse sono rappresentate per la maggior parte da Sri Lanka (35), Ucraina (24), Nigeria (15), Cina (13), ed in maniera meno consistente da Georgia (5) Albania, Capoverde (4), India (4), Marocco (3), Tunisia (3) e da altri paesi. Per il consultorio del Distretto 28 vi sono state in totale 19 richieste di IVG, di cui 15 da parte di donne della ex Jugoslavia e 4 della Serbia, e si può ritenere che si tratti in prevalenza di rom che vivono nei campi circostanti. Il Consultorio del Distretto 33 invece, ha accolto sei richieste di IVG, provenienti da Ucraina (2), Nigeria (2) Brasile e Georgia (Dati Asl Napoli 1 – Unità Complessa Tutela Salute Donna, per l'anno 2015).

Le donne originarie di paesi dalla Unione europea che, nel corso del 2015, si sono rivolte ai consultori napoletani per interruzioni volontarie di gravidanza sono

²³⁷ Si rimanda alla Tabella 20 allegata in Appendice. Le donne italiane rappresentano quindi per lo screening ginecologico il 95 % per le mammografie il 96,5%.

²³⁸ Si rimanda alla Tabella 20 allegata in Appendice.

²³⁹ Non è stato invece possibile prendere in considerazione in dati inerenti gli accessi per gravidanza delle donne immigrate. Ciò si può ricollegare al fatto che manchi un data base informatico che consenta di desumere tali informazioni.

invece 62 e provengono prevalentemente da Romania (44) e Bulgaria (14). La maggior parte delle richieste si concentra, anche in questo caso, principalmente presso il Consultorio del Distretto 31. Fra le rumene, inoltre, è particolarmente significativa la quota di minorenni, che rappresenta il 91% del totale Dati Asl Napoli 1 – Unità Complessa Tutela Salute Donna, per l'anno 2015).

Una particolare attenzione è stata posta, presso i consultori, per la realizzazione di una scheda volta a raccogliere le informazioni socio – economiche di donne che ricorrono ad interruzioni volontarie di gravidanza, nella quale si fa riferimento alla situazione del partner, al fine di individuare eventuali situazioni di violenza, oltre alle principali motivazioni della loro scelta.

Emblematiche sono a riguardo le parole della Dott.ssa Papa che rileva come sovente “i motivi per cui le donne interrompono la gravidanza” siano legati a difficoltà economiche, oltre che a “qualche gravidanza fuori dal matrimonio” ed al “fallimento del metodo contraccettivo”. Complesse possono essere pertanto in un contesto quale quello campano, dove non vi è un adeguato sostegno in termini di welfare, le condizioni delle donne immigrate che fanno ricorso all'aborto, e problematiche le possibilità di eventuali percorsi alternativi, come ribadisce la responsabile dell'Unità complessa sostenendo:

“Sono sempre gli stessi motivi! E' ovvio che quando i motivi sono questi e non c'è un welfare, perché in Campania non c'è un welfare, di che parliamo?”
“Qualche settimana fa proprio la dottoressa C. incontrò una ragazza, nell'ascensore del Loreto, che aveva abortito e che le disse “io adesso vado a lavorare”. Perché diciamo non aveva diritto a niente, a niente!” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

Dalle interviste agli informatori privilegiati, come dall'attività di osservazione presso il Distretto 31 si evince che spesso la scelta di interrompere una gravidanza si ricollega a motivazioni economiche. L'ostetrica del Distretto 31 ha evidenziato, per altro, come nel tempo sia mutata l'utenza di straniere che fanno richiesta di aborto con un aumento considerevole di donne provenienti dallo Sri Lanka, che può essere indicatore di un peggioramento delle condizioni socio- economiche familiari.

“Una cosa che è cambiata nel tempo è che le donne srilankesi, filippine non venivano ad abortire. Ma negli ultimi anni anche loro fanno l'interruzione della gravidanza, prima non la facevano proprio questa cosa!” (Intervista a ostetrica ASL Napoli 1, 2016)

I canali di accesso ai consultori da parte delle immigrate, come si evince dalle interviste agli informati privilegiati, possono essere rappresentati dal passaparola o dalle informazioni fornite dal privato sociale e da altri servizi presenti sul territorio. La presenza dell'unità vaccinale nella sede del consultorio può poi consentire alle madri immigrate di venire conoscenza delle prestazioni e delle possibilità per la tutela della loro salute offerte dal servizio, e di prenotare agevolmente anche visite per sé stesse, come ha rilevato la Dott.ssa Papa

“E quindi, cosa che poi è prevista dal progetto obiettivo, il bambino paradossalmente rappresenta il collegamento! Poi, diciamo, chiaramente sta agli operatori promuovere il consultorio, “Signora guardi che affianco c’è la possibilità di...” Quindi di prenotare in maniera agevole” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

La presenza stessa di mediatrici culturali, come ha evidenziato la Responsabile dei consultori, può favorire l'accesso delle utenti straniere presso i servizi, oltre che facilitare la comunicazione e l'interazione. Al momento è prevista un'attività di mediazione culturale settimanale fissa esclusivamente presso il consultorio del Distretto 31, in collaborazione con la Coop. Il Sol.co che ha vinto l'appalto per i servizi di mediazione culturale presso l'ASL Napoli 1 (appalto in ogni caso scaduto ed al momento prorogato). Fino al gennaio del 2016, prima dell'interruzione del Servizio regionale di Mediazione Linguistico Culturale Yalla, inoltre, era prevista la possibilità di far riferimento ad un'attività di mediazione culturale a chiamata, ovvero su richiesta, in caso di necessità, i cui costi non erano addebitati ai budget dei Distretti sanitari. Emblematiche a riguardo, le parole della Dott.ssa Papa, che ha affermato *“i costi non cadono sul budget del distretto, altrimenti ci taglierebbero anche quello! (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).*

Le attività di mediazione a chiamata, pertanto, attualmente risultano problematiche.

Presso il Consultorio del Distretto 27, ad esempio, che si caratterizza per una utenza rappresentata soprattutto da donne ucraine, srilankesi ed al quale da qualche mese fa riferimento un centro di accoglienza per richiedenti asilo, la ginecologa ha rilevato come al momento l'attività di mediazione non sia di fatto attiva (GINECOLOGA del Consultorio del Distretto 27, 2017).

Una problematica che limita le possibilità di accesso delle donne immigrate ai consultori dell'ASL Napoli 1 si ricollega, inoltre, alla logistica ed

alla programmazione dei servizi, che per questioni organizzative e di budget, restano aperti esclusivamente al mattino. Non è prevista invece, un'attività pomeridiana per le donne, in particolare il giovedì pomeriggio, giorno libero di gran parte delle immigrate impiegate nell'ambito della collaborazione domestica o in attività di assistenza e cura, come ha messo in rilievo la stessa Responsabile dell'Unità Complessa Tutela Salute Donna, la Dott.ssa Papa, che a riguardo sostiene:

“Perché vede, se ci fosse una programmazione, ci sarebbe proprio ... I consultori, gli ambulatori, dovrebbero essere aperti di pomeriggio, il giorno che loro sono libere, di giovedì! Invece non c'è. E non c'è nemmeno da parte delle associazioni una richiesta in tal senso! [...] Diciamo che c'è stato un periodo in cui avevamo deciso di aprire il giovedì pomeriggio ... Però, il personale aveva chiesto gli straordinari e quindi non se n'è fatto più niente!” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

Nella città è stata svolta un'attività di osservazione presso il consultorio del Distretto 31 al quale afferisce gran parte dell'utenza straniera e che pertanto rappresenta un luogo di indagine particolarmente significativo. Il consultorio del Distretto 31 è aperto tutte le mattine e l'accesso è garantito in maniera indiscriminata anche a coloro che non fanno parte del Distretto in una logica di bassa soglia del servizio. La prenotazione è diretta, compiuta dalle operatrici dell'accettazione per evitare le lunghe attese o le problematiche burocratiche che potrebbero insorgere attraverso le prenotazioni del CUP.

E' stato così possibile riscontrare come una ulteriore problematica per le immigrate di religione islamica possa far riferimento alla presenza di un ginecologo uomo che segue il percorso nascita, sebbene si cerchi di andare incontro alle esigenze delle donne che per la maggior parte delle volte, sono indirizzate ad altre ginecologhe del servizio.

Il servizio nel gennaio del 2017 è stato trasferito presso l'Ospedale dell'Annunziata, ubicazione che lo pone nel cuore popolare della città, ma anche in prossimità di un altro consultorio quello del Distretto 33. Dopo una fase di riorganizzazione ha quindi presentato i suoi servizi al quartiere nel corso di diverse iniziative.²⁴⁰

²⁴⁰ L'8 marzo del 2017 in particolare si è svolta una iniziativa di presentazione delle attività del consultorio alla quale hanno preso parte anche associazioni del privato sociale attive sul territorio, donne del quartiere e referenti di altre strutture sanitarie. Ulteriori iniziative di presentazione delle sue attività hanno coinvolto anche il parroco della chiesa ubicata nel quartiere.

Le situazioni maggiormente complesse e problematiche che riguardano le utenti straniere sono prese in carico dall' assistente sociale del servizio.

Presso il consultorio del Distretto 31, è prevista inoltre una mediatrice culturale di origine bielorusa per quattro ore a settimana, il mercoledì, M. che parla anche l'inglese. M. è assunta dalla Cooperativa il Sol.co, ed è per altro impiegata presso l'ambulatorio dedicato per S.T.P. del Distretto 31, ove svolge servizio tre giorni alla settimana, dalle 13 alle 17. La sua presenza consente dunque da un lato l'emersione e la facilitazione soprattutto dall'utenza proveniente da Europa dell'Est, che è particolarmente significativa da un punto di vista numerico sul territorio, e d'altro canto facilita la collaborazione e l'attività di rete con il servizio STP del Distretto.

M., infatti, in caso di necessità indirizza le utenti irregolari che si rivolgono all'ambulatorio dedicato, al consultorio ove può rappresentare per loro una figura familiare, già ritrovata in precedenza. A riguardo sostiene:

“Per i problemi ginecologici cerco di portare le persone al consultorio anche perché parecchie non sanno che hanno la possibilità di rivolgersi al consultorio. La cosa fondamentale è che è gratuito e la soddisfazione arriva quando la donna straniera ti porta l'amica italiana che non sapeva niente. Quindi è bene che lo sappiano perché fanno prescrizioni, visite.” (Intervista a M., Mediatrice culturale Asl Napoli 1, 2016)

Fra gli enti con cui il consultorio del Distretto 31 collabora vi sono, inoltre, associazioni e cooperative del territorio che forniscono servizi di mediazione (il servizio Yalla fino al 2016, prima della sua interruzione e la Cooperativa il Sol.co, la Cooperativa Dedalus, che attraverso la sua mediatrice di lingua rumena accompagnava fino a pochi mesi fa, al servizio donne vittime di tratta e prostituzione e donne rom). In ambito sanitario, inoltre, vi sono collaborazioni con il Centro Tutela Salute Immigrati gestito presso l'Ospedale Ascalesi dal Dott. Gualdieri, a cui si inviano le immigrate con problematiche non ginecologiche, l'ospedale San Gennaro per le ecografie, i Policlinici, la Clinica ostetrica dell'Università Federico II di Napoli e per le Interruzioni Volontarie di gravidanza , soprattutto l'ospedale Loreto Mare, che prima del trasferimento di sede del consultorio, era adiacente ad esso.

Le reti e le collaborazioni sono per la maggior parte non formalizzate ed alle volte come nel caso della Clinica ostetrica dell'Università Federico II di Napoli

possono essere legate alle conoscenze personali, come si evince dalle parole della responsabile dell'Unità Complessa tutela salute donna, che a riguardo sostiene:

“Con la Sun e con la Federico II, diciamo [la collaborazione] è molto legata al fatto che io sono stata fino al '79 al Policlinico. E quindi, per esempio adesso, l'attuale diretto della SUN, della clinica ostetrica della SUN è un mio coetaneo, un mio amico, per cui ovviamente alzo il telefono... Perché purtroppo come ho avuto modo di scrivere, ci sono le gerarchie, non c'è niente da fare! L'università è l'università e basta! E poi ci sono gli ospedali e poi infine il territorio. Però se telefono io, allora c'è l'accesso. Ed io infatti, sfruttando questo fatto, ho fatto i percorsi. Noi per esempio adesso, come prevenzione oncologica noi abbiamo come nostro terzo livello la Federico II. E stiamo andando benissimo! Tutta la ASL ha proprio come riferimento la Federico II. [...] Cioè voglio dire, l'integrazione è sempre fatta tra persone poi... Le persone per integrarsi devono riconoscersi e stimarsi! Altrimenti non ci si integra.” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

I consultori possono rappresentare come hanno messo in rilievo gli stessi informatori privilegiati un importante riferimento sanitario per le utenze immigrate, soprattutto in un contesto di crisi economica. A riguardo sono significative le parole di J. mediatrice ucraina dell'Associazione il Pioppo che ha, in passato, lavorato presso il Consultorio del Distretto 31,²⁴¹ la quale ribadisce l'importanza e la valenza di tali servizi territoriali:

“Oggi anche per tanti italiani l'accesso sanitario è diventato complicato per via del ticket eccessivo, quindi troviamo molte persone senza documenti che [...] per quanto riguarda le cure ginecologiche, al consultorio, comunque hanno facilità di accesso!. Quindi in questo senso i consultori veramente sono un “salvagente” per noi! Perché è un momento che ti permette sia di farti un controllo ginecologico ma anche quello di seguire i primi mesi della vita del bambino, per cui i consultori sono molto importanti. L'impoverimento generale della popolazione, si nota!” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli 2016)

La situazione in cui versa la sanità in Campania, in Piano di rientro tuttavia, come ha evidenziato la stessa responsabile dell'Unità Complessa Tutela salute Donna, influisce inevitabilmente ed in maniera considerevole sulle attività e possibilità dei consultori. Sul territorio numerose possono essere le problematiche che, come ha evidenziato la Papa, si ricollegano al fatto che tali servizi non sono adeguatamente riconosciuti e valorizzati in termini di “organizzazione” e

²⁴¹ J. ha inoltre collaborato in passato nell'ambito dell'equipe del numero verde antitratto ed è stata referente per i consultori del Distretto 28 di un progetto del Comune di Napoli realizzato dall'Associazione Il Pioppo, rivolto a madri e gestanti rom dei campi di Scampia e Secondigliano.

“programmazione sanitaria” ed inoltre al fatto che “sono delegati” a svolgere “attività che prima non facevano” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015). Emblematiche sono a riguardo le parole della responsabile che ribadisce:

“La situazione dei consultori è drammatica! [...] non si comprende il ruolo che svolgono e che hanno sempre svolto. E quindi, insomma, sembra che non ci sia mai diciamo un’attività che rientra come per legge nei Livelli Essenziali di Assistenza, perché noi siamo Lea!” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

Lo stesso “Progetto Obiettivo Materno, Infantile”, resta ancora solo parzialmente applicato sostiene ancora la Dott.ssa, rilevando:

” E questo diciamo dipende dal fatto che la salute delle donne e il ruolo delle donne nella società non ha assolutamente il riconoscimento che dovrebbe avere [...] Il problema però, è che ormai dei consultori si parla sempre meno, se non quando succede che la ragazzina ha abortito ed è morta, c’è il certificato del consultorio... oppure ha preso la pillola ed è successo un altro guaio... solo in quei casi finiamo sui giornali e mai per le prestazioni veramente erogate! E quindi diciamo la situazione è critica!” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

I consultori dell’ ASL Napoli 1 lavorano, in rete con ambulatori Dedicati S.T.P., presenti sul territorio. Questi sono presenti in ogni distretto sanitario della città e coinvolgono medici che svolgono per gli immigrati irregolari compiti analoghi a quelli dei dottori di famiglia e sono abilitati alle prescrizioni per visite specialistiche.

Nel 2013 i dieci ambulatori dedicati hanno assicurato circa 80 ore di assistenza settimanali. Le principali utenze provenivano da Ucraina (83%) da Sri Lanka e da ex Jugoslavia e le immigrate che corrispondevano al 60% del totale, si sono rivolte ad essi per lo più per ragioni non fisiologiche, legate a visite ostetriche. (SASCI, 2015: 21).

6.4 - Il Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati presso l’Ospedale Ascalesi

Il Centro Tutale Salute Immigrati, ubicato nel cuore della città presso l’ospedale Ascalesi, nasce nel 2002, per volontà ed iniziativa di un medico particolarmente sensibile ed attento a queste problematiche, il Dott. Luciano Gualdieri. Questi era stato impegnato, fin dal 2000, in attività di Pronto Soccorso con la popolazione immigrata anche grazie alla conoscenza delle lingue africane,

come il wolof, apprese nelle sue precedenti esperienze di lavoro in Africa. Il Dott. Gualdieri è per altro responsabile di una delle macro aree del Progetto Equità, finanziato dalla Regione Campania e dal gruppo campano GRIS della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Presso tale centro vi è una considerevole utenza rappresentata da donne immigrate, soprattutto non regolari, sebbene siano accolte anche le donne in regola con il permesso di soggiorno, indirizzate successivamente al servizio sanitario nazionale, in virtù della sensibilità del Dott. Gualdieri, il quale a riguardo sostiene:

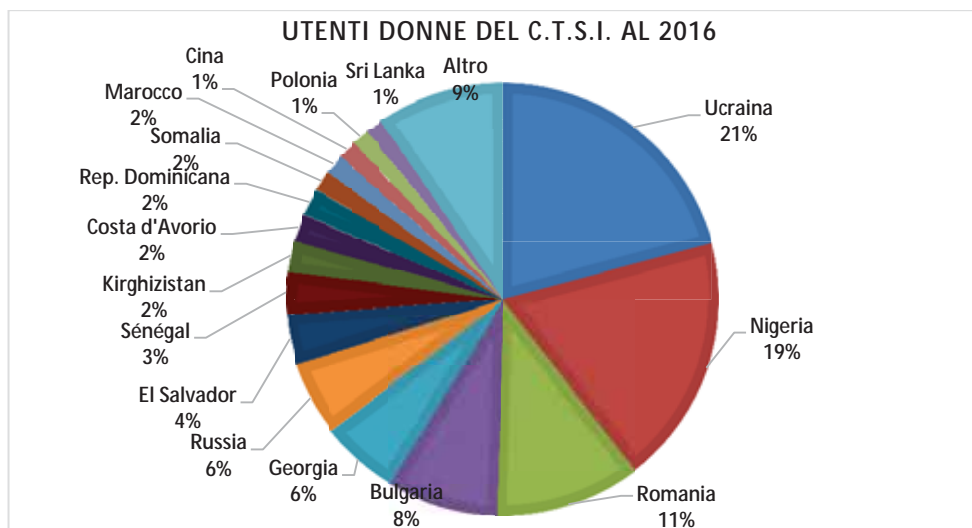
“Io vedo STP. Vedo anche una punta di regolari, un 10% circa, dove il mio sforzo è innanzitutto accoglierle, imprescindibilmente, perché quella è la maniera per poi poterle indirizzare! E poi successivamente le indirizzo per l’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, come regolari”. (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).²⁴²

Dai dati del Centro Tutela Salute Immigrati, relativi al 2016, risulta che l’utenza femminile rappresenta il 35 % del totale (3359 su 8.356),²⁴³ ed è costituita in prevalenza da donne provenienti da Ucraina (21%), Nigeria, (19%), Romania (11%), Bulgaria (8%), Georgia (6%), Russia (6%), El Salvador (4%), Senegal (3%). Meno significativa è invece, l’affluenza di immigrate originarie del Kirghizistan, della Costa d’ Avorio, della Repubblica Domenicana e della Somalia (che rappresentano il 2% del totale),²⁴⁴ mentre nel 2016 si è rivolta all’ambulatorio una sola donna proveniente dalle Filippine (per problematiche dermatologiche).

²⁴² Responsabile Centro Tutela Salute Immigrati

²⁴³ Gli utenti complessivi del CTSI, sia uomini che donne, al 2016 sono rappresentati in prevalenza da immigrati provenienti da Nigeria (15%) Senegal (11%), Ucraina (10%), Romania (6%), Bangladesh, Gambia, Pakistan, Bulgaria, Costa D’avorio (4%). Si rimanda alla tabella allegata.

²⁴⁴ Il fatto che le donne senegalesi che si rivolgono all’ ambulatorio siano molto meno degli uomini rispecchia il fatto che la presenza di immigrati di questa nazionalità sia in prevalenza maschile.



L'utenza, come ha evidenziato il Dott. Gualdeiri è cambiata nel tempo sia in termini di età che di genere poiché, spiega il medico:

“Si è abbassata l'età media. mentre io seguivo in media dei trentaseienni ora ho un calo netto dell'età media” e “c'è una componente femminile dall' Africa e dall' Asia che prima non c'era!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Nel tempo, inoltre, ha evidenziato il medico, sono mutate anche le nazionalità che si rivolgono al C.T.S.I. con un aumento considerevole, negli ultimi tempi di richiedenti protezione internazionale. A riguardo Gualdieri ribadisce:

“prima io vedevo pochissimi del Mali, della Guinea della Guinea-Bissau, del Gambia ... Io conosco abbastanza bene la realtà del Gambia e tutto all'improvviso stanno arrivando questi soggetti giovanissimi qui! Quindi sta cambiando completamente, in rapporto a questi eventi che sono insomma di interesse internazionale sicuramente!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Il rapporto con le donne che rientrano nei nuovi flussi di richiedenti asilo e profughe, può essere, per altro, particolarmente complesso per problematiche di ordine “socio . culturali”, rileva il medico, che a riguardo, ribadisce:

“Quello che c'è di sicuro è che la più parte, cioè una buona fetta sono persone, ragazze analfabete! Non analfabete ... ma che non sono in grado di comunicare con noi! [...], per cui sono effettivamente scoperte devono trovare dei sostegni locali per poter entrare in contatto con la realtà che le ospita! Sono anche abbastanza giovani, sbandate ... (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Una ulteriore differenza fra le donne appartenenti a questo nuovi flussi migratori e quelli precedenti è percepita dal medico in termini di progetto migratorio e di legami con il paese di origine ed eventualmente con i figli rimasti in patria. A riguardo sostiene:

“Questo legame con il mondo di partenza è una novità per me! Perché finora le donne, ad esempio, dall' Est Europa vengono con un progetto migratorio preciso, organizzato, per cui i contatti con la famiglia di origine sono saldi, sono indispensabili, perché praticamente fa parte del progetto migratorio e addirittura c'è il ricongiungimento qui in Italia con la componente familiare precedentemente lasciata. Invece con le donne africane, almeno degli ultimi sbarchi, dove forse vi sono madri e bambini, eh le donne africane le donne dell'Asia invece lasciano questo mondo lì non tanto organizzato ... Per quanto io conosca la famiglia allargata africana per cui si sa che il bambino magari sta con il cosiddetto zio, zia, cugina e così via ...Ma sto riscontrando proprio la mancanza di comunicazione in questo momento! Cioè sembra che siano donne che sono partite e hanno perso il contatto con la realtà di partenza! Questa è una novità!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Le statistiche raccolte presso il Centro Tutela Salute Immigrati consentono, inoltre, di distinguere le utenze per numero di visite e di utenti, disaggregandoli per nazionalità, sesso, motivazioni per le quali si rivolgono all' ambulatorio e per le modalità di accesso ad esso.

Approfondendo i dati inerenti le utenze femminili per modalità di contatto e nazionalità, si evince come le donne provenienti dall' Ucraina al 2016 fossero, in gran parte, già utenti dell'ambulatorio (per il 61%) mentre per l'11 % erano state inviate in prevalenza da altri ambulatori o vi sono arrivate per “tam, tam”, attraverso i consigli di amici o familiari. Analogamente il 46%, delle immigrate nigeriane che si sono rivolte nel 2016 al C.T.S.I. erano utenti dell'ambulatorio mentre l'11% sono arrivate ad esso per “tam tam”. E' considerevole, tuttavia, fra donne di questa nazionalità, la quota di coloro che provengono dal privato sociale (13,2%), rappresentata per la maggior parte da richiedenti protezione internazionale ospiti in strutture di accoglienza del territorio (Dati forniti dal CTSL, 2016).²⁴⁵

Le motivazioni principali per le quali le donne si rivolgono all'ambulatorio, desumibili dalle statistiche raccolte, si differenziano per paesi di provenienza e ciò rispecchia le caratteristiche e le peculiarità dei flussi migratori. Fra le donne ucraine in particolare, che hanno un età più avanzata, sono prevalenti le

²⁴⁵ Si rimanda alla Tabella 31 allegata in Appendice.

problematiche legate a malattie infettive (11,4%), a problemi oncologici (9,4 %) o cardiologici (8,8%).²⁴⁶ Gli accessi per motivi ginecologici sono invece il 6,3%, mentre le motivazioni ostetriche, rappresentate in gran parte dalle gravidanze, il 3,2%. Fra immigrate di origine nigeriana, invece, prevalgono le problematiche legate alle malattie infettive (30,3%), seguite da quelle ginecologiche (19,6%) ed ostetriche, per lo più, rappresentate da gravidanze (18,5%). Fra le rumene sono prevalenti le motivazioni ginecologiche, mentre fra le immigrate provenienti da El Salvador, Senegal, Kirzichistan e Marocco gli accessi sono soprattutto legati alla gravidanza, considerevoli anche fra donne originarie della Costa d' Avorio (dopo le malattie infettive). Straniere provenienti da Bulgaria, Georgia e Russia si rivolgono invece, all' ambulatorio soprattutto per problematiche cardiologiche. (Dati forniti dal CTSI, 2016).²⁴⁷

Presso il Centro Tutela salute le immigrate, sono seguite per problematiche ginecologiche, legate alla sterilità o riguardanti la gravidanza, poiché ribadisce il Dott. Gualdieri *“quando ero in Senegal, in Kenya praticamente ho fatto anche una ginecologia”* Vi sono donne, in particolare che, si rivolgono all'ambulatorio anche per problematiche legate alla sterilità, che il medico è riuscito a risolvere grazie alla sua esperienza con persone straniere, come evidenzia a riguardo:

“Ho sette donne nigeriane che sono rimaste incinta grazie alla mia terapia... Che non è poi una terapia diciamo per stimolare la fecondità, ma si tratta semplicemente di una somministrazione ragionata di antibiotici, perché sono donne, la maggior parte sono ex prostitute, che non riuscivano ad avere figli e io per mia esperienza dal passato, so bene che per loro basta semplicemente una “bonifica” diciamo, dell'apparato genitale perché riprenda le sue funzioni! E sono felicissime! Quindi questo sì, per esempio questa, è una problematica! Un'altra problematica rispetto alla sterilità è coinvolgere il partner maschile che generalmente viene escluso! Diciamo proprio per principio, la donna lo sente come fosse un problema suo, invece io cerco di far capire che la prima cosa è testare il maschio, perché è più economico e anche lì insomma ho successi! (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016). ”

Le ragioni per le quali le donne in gravidanza si rivolgono all'ambulatorio presso l'Ascalesi, invece, come rileva il suo referente, si ricollegano al fatto che permangono alcune difficoltà di ordine burocratico amministrativo nel percorso

²⁴⁶ Fra le utenti le immigrate ucraine hanno una età media più avanzata rispetto ad altre, come a quelle provenienti dalla Nigeria (Dati CTSI, 2016).

²⁴⁷ Si rimanda alle Tabella 32 allegata in Appendice.

nascita, sebbene siano previste particolari tutele che offrono diverse possibilità ed agevolazioni. A riguardo il medico sostiene:

“Il percorso nascita è un percorso nel quale ci sono numerose agevolazioni, giustamente! Ad esempio l’“accesso diretto”, per dire, cioè non c’è bisogno della prescrizione, sia per la visita pediatrica che la visita ginecologica, oppure ... La dottoressa Papa, per esempio, su questo batte molto e sta creando un percorso nel quale sono loro a prenotare! Io purtroppo, invece, mi trovo molto spesso donne incinta che fanno una fila qua, e tenga presente che la fila qua fuori sono due, tre ore questa è una cosa che mi dispiace molto però ... Allora sono due, tre ore perché i sistemi di lavoro soprattutto di altre strutture che sono sul territorio, dico, ad esempio le universitarie prevedono necessariamente l’impegnativa e questa è una cosa che naturalmente porta ai dei problemi! L’accesso ai servizi, sempre della gravidanza diciamo che ... Cioè non c’è ...[...] benché si parli di percorso nascita in varie strutture poi nella realtà... (...) No perché l’ STP in realtà non paga, l’ ENI può avere l’ esenzione presso il codice di gravidanza. In realtà è perché il sistema di registrazione di tutte le prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale ormai passa per il codice a barra della ricetta, questa è il vero problema! Per cui si rischia che non sono conteggiate come attività di quell’ istituto! Però diciamo diventa una corsa ad ostacoli!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Ulteriori difficoltà in riferimento alla maternità legate a motivazioni di ordine più propriamente socio - culturale di cui il Dott. Gualdieri è consapevole, attengono alle diverse visioni della gravidanza e del parto, che sono considerati, soprattutto fra immigrate provenienti da Africa o Asia alla stregua di eventi fisiologici, dunque meno medicalizzati, come segnala nel corso dell’intervista:

“Poi tra le altre cose molte donne immigrate si trovano con un numero di controlli che è superiore alla loro cultura! Sto parlando essenzialmente delle donne sudamericane, africane e anche asiatiche. Cioè praticamente vengono prescritti mensilmente dei controlli, mentre loro sono abituate che al settimo, ottavo mese, quando il pancione è grande vanno e dicono “Dove devo partorire?” Oppure “E’ maschio? Femmina? Fatemelo sapere che devo preparare il corredo!” E così via! E quindi sono delle cose che pesano su queste donne, anche perché si sentono osservate, sentono quasi che la gravidanza sia qualcosa di patologico e non di fisiologico! [...] Per la gravidanza certo le donne africane hanno difficoltà a percepire la gravidanza come una cosa che va monitorata continuamente!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Il medico, per altro, evidenzia come vi siano a riguardo differenze con donne provenienti da paesi dell’Europa dell’Est, le quali possono invece richiedere controlli particolarmente approfonditi che non sono previsti dal sistema sanitario italiano

“Dall’altro canto ci sono, invece, delle frange di donne soprattutto dell’ Est Europa che invece richiedono una serie di controlli precedenti alla nascita, molto

serrati e anche non previsti dal nostro Sistema Sanitario Regionale, che prescrive una serie di analisi di base, oltre le quali non si dovrebbe andare! Però insomma, alcune chiedono delle certezze sì, sì” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Fra donne di origine ucraina possono emergere differenti visioni mediche anche in altri ambiti come ad esempio quello cardiologico, rileva il referente del C.T.S.I.

“Dunque poi invece per le donne dell’ Est Europa, che sono generalmente più avanzate d’età ci sono essenzialmente i problemi legati all’ invecchiamento, quindi da cardiologici e così via, per cui loro hanno questa fissazione del colesterolo! [...] per cui il colesterolo diventa il parametro della salute, mentre magari non si misura la pressione!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Nell’ambito del Centro tutela Salute Stranieri non sono previste attività di mediazione culturale, sebbene il Dott. Gualdieri abbia evidenziato come vi sia stata in passato una collaborazione con il servizio di mediazione regionale Yalla. Il medico infatti, riesce a comunicare con i suoi pazienti anche in altre lingue quali, inglese, francese, portoghese, spagnolo e wolof. Inoltre in riferimento al ruolo della mediazione culturale evidenzia come alle volte in caso di incomprensioni linguistiche, una forma di mediazione informale che definisce “fiduciale” possa essere particolarmente efficace. Emblematiche sono a riguardo le sue parole, quando sostiene

“La mediazione linguistica è indispensabile, quindi sono d’ accordo nel momento in cui non c’è una capacità comunicativa! La mediazione culturale è una chimera, perché è troppo difficile avere ... a meno che non sia proprio della stessa etnia, dello stesso villaggio, è difficile! Infatti io ho coniato il termine “mediazione fiduciale”, che è una mediazione che a me succede spesso. Nel senso che quando c’è un soggetto che pensa di non poter comunicare con me e chiaramente avviene per le lingue arabe, oppure lingue dell’Est Europa e così via, loro si fanno accompagnare da soggetti precisi. E lì funziona tutto ... Perché non è detto che poi tu debba essere la stessa città, della stessa nazione ... non è detto debba essere la stessa nazione! Qualche volta si fanno accompagnare addirittura da napoletani perché non sanno se il medico è in grado di entrare nella tua problematica!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Il responsabile del C.T.S.I. attribuisce considerevole importanza alle possibilità di lavorare in rete, sia con enti e realtà istituzionali del territorio sia con organizzazioni afferenti al privato sociale, al fine di facilitare l’accesso ai servizi sanitari sul territorio degli immigrati ed una presa in carico “integrata” delle loro problematiche. In riferimento a ciò ribadisce:

“Questo è perché io ora sto da alcuni anni ed ho capito che sarebbe importante lavorare con organizzazioni, cioè dare il supporto sanitario a quello che già fa il privato sociale, perché così la persona viene presa in carico completamente! E’ vero che il privato sociale poi, insomma, tende a come dire, ad autonomizzarsi e ad avere come dire tutto, tutti gli aspetti! Però, insomma, per quanto mi riguarda io mantengo aperto questo canale preferenziale! (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Il C.T.S.I., in particolare, è in rete con le suore di Calcutta che fanno riferimento ad esso per le situazioni più problematiche, con l’ Associazione L.E.S.S., che si occupa di rifugiati e richiedenti asilo, con la Cooperativa Dedalus e con gli enti del privato sociale impegnati in attività di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, i cui operatori accompagnano i propri utenti presso l’ambulatorio soprattutto per lo screening della tubercolosi. Per le situazioni particolarmente problematiche come nel caso delle vittime di tratta e prostituzione, che rientrano in progettualità gestite dalla Cooperativa Dedalus sono adottate particolari attenzioni, attraverso, ad esempio, appuntamenti specifici, che consentono loro di evitare le lunghe file di attesa e di sentirsi così *come* sostiene il Dott. Gualdieri a riguardo “*coccolate*”,.

Il Centro Tutela Salute Immigrati rappresenta un importante riferimento sul territorio per le realtà del privato sociale impegnate in attività volte alla tutela della salute delle immigrate ed inoltre ha accordi con l’Università per i test in ambito infettivologico su HIV e HCV. Le collaborazioni con altri servizi sanitari o con organizzazioni del privato sociale, in ogni caso, non sono formalizzate, ad esclusione di quella con l’ Associazione L.E.S.S., in riferimento alle certificazioni medico legali.

I tagli al welfare non hanno influito sulle attività dell’ambulatorio, come sostiene il suo responsabile, evidenziando:

“Non si vede ancora perché in definitiva i fondi sono del Ministero dell’Interno ... Dato che noi siamo sempre in ritardo sulle rendicontazioni, sui pagamenti, diciamo ora si tratta di 2011, 2012 quindi non si è ancora notato!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

6.5 – L’ ambulatorio di Villa Betania

Nel quartiere di Ponticelli presso l’ospedale evangelico di Villa Betania è attivo dal 2010 un ambulatorio ostetrico ginecologico che offre servizi di

prevenzione ginecologica e senologica, assistenza in gravidanza, orientamento ed informazione rivolti a donne immigrate. Le attività del servizio, sorto con l'obiettivo di realizzare screening oncologici attraverso il progetto "Prendiamoci Cura di Lei" finanziato dalle chiese metodiste e valdesi, erano inizialmente orientate ad una utenza irregolare, considerata più a rischio del resto della popolazione, per condizioni socio – economiche" e difficoltà linguistiche (Report, 2015). *"L'idea iniziale era questa"* ribadisce, a riguardo la mediatrice culturale del ambulatorio *„che anche chi fosse considerato irregolare dagli uffici pubblici, potesse trovare uno spazio prima di accoglienza e poi di cura"* (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Nel febbraio 2015, il progetto in seguito ad un periodo di minore attività, "ha introdotto nuove figure professionali" ed offerto la possibilità di effettuare "ulteriori esami diagnostici." (Report Villa Betania, 2015)

Negli ultimi anni il criterio per la valutazione all' accesso è mutato in relazione alle necessità e ai bisogni della popolazione. A riguardo la mediatrice culturale, ha ribadito:

La situazione è cambiata [...] il criterio per valutare il bisogno o meno di una prestazione gratuita per una persona straniera, non è più quello dell'avere o meno il permesso di soggiorno o un codice fiscale italiano, ma appunto il bisogno reale per fattori sociali e economici, di avere bisogno di una prestazione che altrimenti costerebbe troppo." (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Attualmente, l'ambulatorio offre servizi per una utenza "mista", rappresentata da donne italiane, da immigrate regolari o provenienti da paesi dell'Unione Europea in possesso di tessera ENI che sono in situazioni economiche disagiate e in seguito all'incremento delle nuove ondate migratorie, da richiedenti protezione internazionale prese in carico da un punto di vista sanitario, dalle strutture che le ospitano. Come ha evidenziato a riguardo la mediatrice culturale, infatti:

"Alla fine si è cercato di limitare queste differenze, che magari accrescono soltanto il malcontento sociale soprattutto nelle fasce di questo quartiere che è debole già di suo." (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Da circa un paio di anni inoltre, la attività dell'ambulatorio sono state implementate prevedendo un duplice percorso, poiché alla prevenzione oncologica è stata affiancata l' assistenza alla gravidanza e al parto, che prevede *"controlli ecografici, prelievi ematici"* ed altre analisi eseguite in prevalenza in

ospedale“ (Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, 2016). Il momento di svolta in tal senso ha coinciso, ricorda la capo –ostetrica dell’ ospedale, con la vicenda di “una donna rumena” giunta “in gravidanza al pronto soccorso”, della quale “si è saputo che il bambino” non avrebbe avuto “possibilità di sopravvivere” (Ostetrica, Ambulatorio Villa Betania, 2016).

I progetti dell ambulatorio sono finanziati dall'ospedale e supportati dall' otto per mille delle chiese valdo-metodiste e luterane.

Presso il servizio inoltre, aperto il giovedì pomeriggio, si prevede la presenza stabile di una mediatrice interculturale e della capo ostetrica dell’ospedale Villa Betania ed alternativamente, due volte al mese, quella di un ginecologo e di una senologa per il percorso di prevenzione, con visite ed esami ecografici.

L’équipe coinvolge pertanto, ginecologi, ostetriche, senologi, l'anatomopatologa, radiologi, e il laboratorio di analisi.²⁴⁸ La mediatrice, di origine italiana parla l’inglese ed il francese e svolge attività di accoglienza, supporto ed informazione per le utenti, occupandosi della parte burocratica, della registrazione e dell’archiviazione del materiale raccolto, delle relazioni e dei contatti con la rete di enti socio sanitari territoriale.

Le utenti, come ha evidenziato l’ostetrica, possono avere considerevoli difficoltà linguistiche e comunicative.. Per le attività di mediazione linguistico culturale, in caso di necessità più specifiche, l’ambulatorio fa riferimento ad altri enti del privato sociale sul territorio ed in particolare agli interpreti di Emergency, con il quale vi è una considerevole collaborazione, mentre prima della sua chiusura anche al servizio regionale di mediazione linguistico culturale Yalla. A riguardo la mediatrice italiana ribadisce:

“Con Emergency abbiamo a disposizione moltissimi operatori che fanno proprio da interpreti, li riusciamo ad arrivare all’accordo che devono essere gli operatori che hanno intercettato la paziente ad accompagnarle, anche perché ci fanno da filtro per una questione anche di tempistiche.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

L’utenza immigrata, nel 2016 è rappresentata in prevalenza da donne provenienti da Ucraina, Nigeria, Romania, Brasile, Russia, Bulgaria, Burkina Faso, Kenya,

²⁴⁸ Le figure di riferimento per l’ambulatorio sono la dr.ssa Giannatiempo per l’anatomopatologia, la dr.ssa Piccolo per l’ostetricia, la dr.ssa Agangi per la ginecologia, la dr.ssa Farina per la senologia (Report, 2016: 3).

Senegal, Costa d'Avorio, India, Mali, Tunisia, Marocco, Cina (Report 2016).²⁴⁹

Molto rara invece quella di immigrate filippine che possono, alle volte, essere intercettate dalle chiese evangeliche o cinesi in riferimento alle quali la mediatrice dell'ambulatorio ha evidenziato:

“L'utenza cinese che è presente in ospedale comunque non appartiene ai nostri ambulatori, per cui diciamo, sono pazienti che magari si recano in ospedale soltanto per partorire.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Le chiese evangeliche rappresentano un importante canale di informazione ed accesso per l'ambulatorio, soprattutto per donne africane ed ucraine. Queste ultime, in particolare, ribadisce la mediatrice, qualora frequentano le chiese evangeliche:

“si sentono più a casa, nel sapere che questo è un ospedale tra virgolette evangelico, benché sia un ospedale a-confessionale, cioè che nasce evangelico ma non si professa, confessionale.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Immigrate ucraine che hanno, infatti “sposato i principi evangelici” preferiscono essere visitate da medici donne, come ha ribadito la mediatrice culturale del servizio:

“Loro per esempio hanno un paletto molto forte che è quello di non essere visitate da medici uomini. Perché le donne ucraine, si dichiarano quasi tutte ortodosse ma per appartenenza, non per il fatto che praticino, perché quasi tutte quelle che vanno dai quaranta anni in su, dai trentacinque in su ovviamente hanno vissuto il comunismo, quindi non potevano ... era proprio vietata qualsiasi professione di confessione religiosa. Quelle che poi appartengono a missioni, a comissioni evangeliche, ovviamente hanno sposato tutto una serie di principi tra cui, si connotano diciamo per questa particolare attenzione alla loro privacy, all'essere molto attenti concretamente a chi le visiterà, quindi se noi possiamo cerchiamo di andare incontro anche a queste... Così come avviene per le donne islamiche...” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

All'ambulatorio inoltre, afferisce una considerevole utenza rom proveniente dai campi circostanti che si rivolge ad esso soprattutto per l'assistenza in gravidanza; in riferimento alle problematiche relazionali con queste immigrate la mediatrice rileva:

²⁴⁹ Tali informazioni desunte dal Report dell'ambulatorio fanno riferimento ai primi mesi del 2016 (Report Villa Betania, 2016)

“Non sono molto costanti, forse questo è molto difficile anche in gravidanza, o magari spesso non riusciamo a intercettare da subito perché sono venute per un controllo, oppure magari già al quinto mese. Sono molto particolari da questo punto di vista. Ma sono anche quelle più intraprendenti.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016)

Da un paio di anni in ogni caso è divenuta rilevante anche l'affluenza di richiedenti asilo rappresentata da donne provenienti da Nigeria, ma anche Costa d'Avorio e Congo, accompagnate dagli operatori dei centri di accoglienza ove sono ospitate.

“Siamo stati comunque coinvolti in pieno e in accoglienza si trovano a gestire la tutela della salute di queste donne, certo con budget molto bassi, quindi servizi che riescono a supportare sul territorio questa emergenza sono molto frequentati.” (Intervista a Mediatrice culturale, Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Tale utenza, come ha ribadito la mediatrice del servizio, si caratterizza per un atteggiamento “diffidente” e per la complessità delle problematiche. Le donne infatti sovente “arrivate gravide dallo sbarco” devono “affrontare in Italia una gravidanza,” sebbene, sottolinea l'operatrice affermando:

“La maggior parte delle ragazze provenienti dagli sbarchi siciliani e scopre di essere incinta preferisce optare per l'interruzione volontaria di gravidanza.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza non sono effettuate presso l'Ospedale Evangelico, cosicché in caso di necessità le immigrate sono indirizzate ad altre strutture come il Policlinico, anche grazie all'intermediazione dei medici.

Le motivazioni prevalenti per le quali le utenti straniere si rivolgono all'ambulatorio possono diversificarsi in base alle provenienze. Fra le donne originarie dell'Europa dell'Est che hanno una età più avanzata, sono più numerose le richieste di prevenzione e meno significative quelle legate alla gravidanza. Queste ultime sono, invece, considerevoli fra le immigrate rom o di origine africana.

Le richieste di visite senologiche, invece, secondo la mediatrice culturale sono più frequenti fra coloro che risiedono da più tempo in Italia, poiché, a suo parere „è come se questo concetto di prevenzione senologica, che è molto forte, c'è un messaggio anche mediatico, molto ripetuto per la prevenzione, in particolare al seno, arrivi di più a chi risiede in Italia, in particolare a Napoli da molto più

tempo.“ (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

I canali di accesso all' ambulatorio possono essere rappresentati dal “passaparola” fra le immigrate o come rileva l'ostetrica, da un “effetto moltiplicatore” legato al fatto che se alcuni centri di accoglienza o enti del privato sociale hanno avuto riscontri positivi, vi accompagnano anche altre utenti. Il servizio, inoltre, si avvale per diffondere l'informazione delle sue attività di una pagina face-book, di un numero di telefonia mobile, di un numero fisso della sala parto, una mail e di materiali pubblicitari tradotti in otto lingue, “così le signore possono passarselo, tra amiche tra parenti.”

Sono stati, inoltre, svolti incontri informativi e di counselling, alle volte in collaborazione con i consultori del territorio, presso le chiese evangeliche nigeriane, ucraine, i campi rom.

La rete con cui l'ambulatorio collabora sul territorio è rappresentata da associazioni, come Emergency di Castel Volturno e Ponticelli, Dedalus, il Progetto IARA, il Centro interculturale Nanà da centri di accoglienza come quello della L.E.S.S. ONLUS, GESCO gruppo di cooperative sociali, e CAS per richiedenti asilo del territorio, che accompagnano le donne accolte per controlli medici (Report, 2016). E' in fase di avvio, inoltre, un'attività di collaborazione con Save the Children per la realizzazione di una progettualità volta al supporto delle fasce deboli nell'area del materno infantile. Vi sono, inoltre, collaborazioni con i Consultori e le ASL del territorio a cui sono inviate le immigrate in caso di necessità, con l'Assessorato al Welfare del Comune di Napoli e con alcune chiese evangeliche ucraine e nigeriane presenti sul territorio napoletano e casertano. L'ambulatorio inoltre collabora con gli ospedali del territorio, fra cui, in particolare, con il Policlinico, ove sono inviate donne con problematiche legate all' HIV.²⁵⁰

Tali reti e collaborazioni, tuttavia, non sono formalizzate attraverso protocolli d'intesa e restano per la maggior parte informali.²⁵¹

²⁵⁰ Altre collaborazioni fanno riferimento a realtà che non rientrano nel territorio della città di Napoli come la Comunità Missionaria “Villa Regia”, Nola, Fisiomedical (Saviano), Il Pioppo (Somma Vesuviana), Casa di Sofia, (Somma Vesuviana) Parco mediterraneo (Somma Vesuviana).

²⁵¹ Al momento dell'intervista la mediatrice culturale dell'ambulatorio ha prospettato la possibilità di una formalizzazione con la Less e con Save The Children.

L'importanza dell'attività di rete con le altre realtà sociali e sanitarie presenti sul territorio si evince dalle parole della mediatrice culturale che evidenzia come in caso di necessità, qualora ad esempio le madri straniere abbiano bisogno di un supporto, come un *“riferimento pediatrico per il neonato”, “indirizziamo al territorio che può essere il consultorio, l'Asl, o Emergency se siamo nell'immediatezza.”* (Mediatrice Ambulatorio di Villa Betania, 2016).

L'operatrice, in ogni caso, rileva anche quali possano essere le difficoltà in tale ambito evidenziando come alle volte sia necessario compensare le carenze e criticità proprie dei servizi del territorio. In riferimento alle collaborazioni con i consultori ad esempio ribadisce:

„Il territorio è informato della presenza dei nostri ambulatori e ovviamente, laddove noi sappiamo che le nostre pazienti hanno la possibilità di usufruire, com'è giusto che sia, del servizio sanitario nazionale locale... inviamo al territorio [...] Sappiamo anche che il territorio di questa municipalità è in una condizione abbastanza critica, per cui i consultori... abbiamo consultori ginecologici che non hanno neanche l'ecografo. Davanti all'impossibilità delle pazienti di andare altrove, ovviamente supportiamo quello che poi è il servizio sanitario locale. “(Mediatrice Ambulatorio di Villa Betania, 2016).

Fra i punti di forza dell'ambulatorio vi è il fatto che non sia richiesta una documentazione alle utenti a meno che non sia necessaria per indirizzarle ulteriormente e ciò consente di superare la diffidenza iniziale. A riguardo la mediatrice del servizio sostiene:

„Da noi, forse quello che rompe un pò anche la diffidenza iniziale di molte pazienti straniere è il fatto che non ci sia un blocco iniziale di burocrazia... Appunto, noi non chiediamo i documenti se non [...] per agevolare la situazione della paziente. È importante capire se abbia un codice fiscale italiano, se abbia un Stp, se abbia un Eni, perchè qualora non abbiano questi tipi di documentazioni indirizziamo le donne al territorio, alle ASL per fornirsene“ (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Le problematiche che, invece, limitano l'accesso al servizio, possono ricollegarsi alle difficoltà logistiche nel raggiungere la sede per la carenza di mezzi pubblici o alle difficoltà nel far comprendere alle utenti quali siano i percorsi e le possibilità offerte dall' ambulatorio, che a differenza di altri servizi territoriali come i consultori, non prevede percorsi di prevenzione legate a metodi contraccettivi, o di interruzioni volontarie di gravidanza. La mediatrice culturale, a riguardo, rileva:

“Quello che può sembrare un po' più problematico è far passare bene il

messaggio della finalità dell'ambulatorio, che non è un ambulatorio di assistenza sanitaria tout court, ma che ha comunque uno specifico, che è quello per la gravidanza.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Ulteriori difficoltà con l'utenza possono poi ricondursi a differenze culturali, a diverse concezioni del tempo, per cui alle volte, sostiene l'operatrice può non essere semplice “riportare le pazienti nel nostro concetto di tempo, cioè sul fatto di rispettare gli appuntamenti, rispettare i giorni, rispettare le scadenze, è una cosa che per questioni di vita, non entra proprio nell'ottica giornaliera delle nostre pazienti.” (Intervista alla Mediatrice dell'ambulatorio di Villa Betania, 2016).

Emblematiche, in ogni caso, le parole della mediatrice quando fa riferimento agli aspetti positivi dell'attività svolta presso l'ambulatorio, ribadendo:

“L'aspetto positivo in assoluto credo sia rivedere quelle pazienti [...] L'obiettivo è raggiunto nel momento in cui dopo dodici mesi si rivedono le pazienti in ambulatorio, ovviamente purché le condizioni di residenza delle pazienti lo permettano, con la consapevolezza del tipo di percorso di prevenzione che faranno. È la soddisfazione più grande! Nasce un rapporto di fiducia e di consapevolezza dell'importanza di quello che si sta facendo, e che non è appunto il doversi approfittare di un ambulatorio gratuito per fare un controllo, ma è un prendere consapevolezza dell'importanza di essere donna, e la delicatezza che questo porta con sé.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

6.6 - Una realtà in mutamento: i servizi di mediazione intrculturale sul territorio, fra criticità e necessità.

È ormai riconosciuta la valenza dell'attività di mediazione inter-culturale, attorno alla quale ruota un ampio dibattito (Luatti, 2011; Baraldi, 2010, 2012; Luatti, Torre, 2012; Aime, 2012; Morinroli, 2009, Favaro, 2006; Jabbar, 2003). Essa consente di far fronte ad incomprensioni, problematiche comunicative e relazionali legate a questioni linguistiche o inerenti la sfera più propriamente culturale ed in ambito sanitario di facilitare il rapporto con una utenza eterogenea, quale quella immigrata, afferente, alle volte, a differenti tradizioni mediche o portatrice di diverse concezioni del corpo, della malattia, della guarigione, come della salute femminile, della gravidanza e del parto. E' per altro, riconosciuto come la mediazione interculturale implichi considerevoli competenze, al fine di promuovere la comunicazione e facilitare “il dialogo ed il confronto”, e non possa

essere concepita alla stregua di una semplice attività di interpretariato (SASCI, 2015; Luatti, 2011; Baraldi, 2010, 2012; Luatti, Torre, 2012; Aime, 2012; Morniroli, 2009, Favaro, 2006)

Nel corso della ricerca è stato possibile constatare come a Napoli le attività di mediazione presso i servizi e le strutture sanitarie siano sovente legate a progettualità, finanziate da enti istituzionali e gestite dal privato sociale, caratterizzate da una considerevole instabilità.

L'ASL Napoli 1, in particolare, dal 2012 ha attivato un servizio di mediazione linguistico culturale coordinato dall' Unità Operativa S.A.S.C.I. e S.F.D che prevedeva un supporto presso i presidi sanitari caratterizzati da una maggiore utenza immigrata, come gli ambulatori dedicati o i consultori familiari ed inoltre l'intervento in "situazioni particolari, critiche o impreviste" (ad esempio presso SerT, reparti ospedalieri, servizi di salute mentale). (SASCI, 2015: 52). Dopo una prima sperimentazione di sei mesi e l'avvio del progetto regionale di Mediazione Linguistico Culturale Yalla, rivolto a enti ed istituzioni del territorio a titolo gratuito, il servizio dell'ASL è stato sottoposto ad un riassetto "procedurale" ed "organizzativo", sancito dal Prot. 9 del 6/08/2013.²⁵² Rivisitazione organizzativa che è divenuta operativa e comunicata nel settembre dello stesso anno a Direzioni dei Distretti e presidi ospedalieri (SASCI, 2015: 52).

È stata quindi, pianificata una presenza stabile di mediatori culturali per gli ambulatori dedicati, nei distretti caratterizzati da una significativa utenza di immigrati. In tal caso i mediatori culturali sono stati scelti tenendo conto sia delle necessità linguistiche e culturali delle "comunità immigrate più consistenti da un punto di vista numerico", che della "non omogenea distribuzione" degli utenti stranieri in diversi territori cittadini (SASCI, 2015: 52). È stata prevista, pertanto, una mediazione di 16 ore settimanali in lingua cingalese presso il Distretto 29, in lingua araba presso l'ambulatorio del Distretto 33 e russa – ucraina presso il Distretto 31. Qui inoltre, sono state predisposte anche quattro ore settimanali per l'Unità Operativa Materno Infantile, il consultorio. Il servizio di mediazione è stato appaltato, attraverso un bando di gara alla Cooperativa Il Sol.co.

L'attività stabile di mediazione erogata e finanziata dall' ASL, inoltre, in collaborazione con il Servizio di mediazione linguistico culturale Yalla, erogato

²⁵² L'accordo operativo per il servizio di mediazione a chiamata fra ASL e il Servizio Regionale di Mediazione Culturale Yalla stipulato il 15 luglio del 2013 (SASCI, 2015: 58).

dal 2012 al 2015 con fondi regionali, è stata affiancata dalla possibilità di una “mediazione a chiamata”. Questa poteva essere attivata in caso di necessità, in relazione ai bisogni dei servizi prevedendo un intervento entro le 48 ore dalla richiesta.²⁵³

Il Progetto regionale Yalla, tuttavia, pur avendo rappresentato una esperienza innovativa e significativa, a partire dal primo gennaio 2016 non è stato rifinanziato, lasciando così scoperti numerosi servizi sul territorio. Al momento, pertanto, presso l’ASL Napoli 1 è prevista esclusivamente la mediazione stabile per alcuni ambulatori dedicati ad immigrati STP e per un consultorio, quello del Distretto 31 ove è particolarmente significativa l’utenza di donne immigrate. Non sono previste attività di mediazione culturale “a chiamata” la cui attivazione su richiesta specifica può essere particolarmente problematica.²⁵⁴ Le stesse attività di mediazione culturale stabile, alla scadenza del periodo previsto, sono state temporaneamente prorogate, in attesa di un nuovo bando.

Tale situazione crea non poche difficoltà ai servizi del territorio nel tentativo di rispondere a esigenze e richieste di interventi specifici. (Intervista Servizio SASCI, 2017).

Andiamo pertanto, a considerare più nello specifico due progettualità che hanno rappresentato per il territorio napoletano un importante riferimento nell’ambito della mediazione interculturale, il Progetto di Mediazione Linguistico Culturale Yalla ed il servizio gestito dalla Cooperativa Sociale dedalus presso il II Policlinico.

6.6.1 - Il progetto regionale Yalla (aprile 2012 – dicembre 2015)

Da aprile 2012 a dicembre 2015 è stato realizzato sul territorio campano il Servizio Regionale di Mediazione Culturale – YALLA un intervento pluriennale, finanziato dalla Regione ed attuato dal privato sociale, in particolare da CIDIS Onlus (capofila) in ATI con il Consorzio GESCO (attraverso la Coop. Soc. Dedalus). Il progetto era volto alla realizzazione di “percorsi di integrazione” per

²⁵³ La richiesta poteva essere inviata via fax o mail con una appostia modulistica direttamente alla Agenzia di mediazione linguistico culturale Yalla oppure all’ U. O. Attività Socio sanitarie Cittadini Immigrati. (SASCI, 2015: 52)

²⁵⁴ La mediazione culturale fissa per i servizi dell’ASL Napoli 1 è come stabilito in precedenza, rappresentata da quella cingalese per il Distretto 29, araba per il Distretto 33 e russa ucraina per il Distretto 31 (SASCI, 2015: 52).

gli immigrati ma anche di “interventi sistemici e integrati” rivolti alle loro comunità, “alle Istituzioni e ai Servizi Pubblici” ed “alla società campana nel suo complesso” (Report Yalla, 2016).

Il Servizio, così, ha svolto un importante ruolo per le attività di mediazione linguistico culturale ma anche per quelle inerenti l’informazione, la formazione e la sensibilizzazione sulle tematiche migratorie in diversi ambiti quali quello sanitario, lavorativo, abitativo, dell’istruzione e più in generale, culturale. Ha previsto, inoltre, la realizzazione di attività di ricerca volte alla conoscenza ed al monitoraggio della presenza straniera, con l’obiettivo di programmare gli interventi, in maniera flessibile per rispondere ai bisogni ed alle esigenze locali, e di elaborare “strategie di accoglienza” al fine di rendere più agevole i “percorsi dei migranti con progetti di stabilizzazione sul territorio” (Report Yalla, 2016).²⁵⁵

Tale progettualità ha rivolto una particolare attenzione alla salute delle donne immigrate, riconosciute quali “portatrici di bisogni specifici, non solo in quanto straniere, ma soprattutto in quanto donne e madri” (Report Yalla, 2016).

Nell’ambito del progetto è stata attivata *l’Agenzia di mediazione culturale a chiamata*, uno “strumento innovativo” sul territorio (Report Yalla, 2016), che si avvaleva di un “team di 80 mediatori culturali in grado di comunicare in oltre sessanta lingue e dialetti”, prevedendo “prestazioni gratuite” di alto profilo in “strutture sanitarie e scolastiche, questure, prefetture, istituti penitenziari, centri per l’impiego, enti territoriali e del Terzo Settore di tutta la regione”.²⁵⁶ Sono stati, inoltre, realizzati nelle diverse province campane e soprattutto nei Comuni caratterizzati da una elevata incidenza di cittadini stranieri, tredici *Centri Territoriali di Mediazione YALLA*, di cui due nella città di Napoli per garantire “continuità” alle attività di “mediazione, informazione” ed “orientamento

²⁵⁵ Nell’ambito del Progetto, a seguito di attività di ricerca e analisi sulla presenza e dell’integrazione dei migranti nel contesto campano e nei territori provinciali sono stati realizzati 15 report trimestrali di analisi dei dati e dei bisogni degli utenti del servizio”, una indagine campionaria sulle condizioni di vita e l’integrazione degli immigrati in Campania, con approfondimenti provinciali, ed altre indagini di approfondimento. Fra queste quella sulle seconde generazioni (Supporto indagine cawi), le reti di supporto sociale dei migranti a Napoli, I centri di accoglienza straordinari (CAS) per immigrati richiedenti asilo e rifugiati, i Minori Stranieri non Accompagnati in Campania e a Napoli, lo sfruttamento lavorativo dei e delle migranti in Campania, le nuove forme di povertà tra i migranti. (Report Yalla, 2016)

E’ stato, inoltre, realizzato un *Centro di Documentazione*, con 5292 pubblicazioni, consultabili attraverso una iscrizione alla piattaforma prestiti e consultazioni del sito www.stranieriincampania.it. (Report Yalla, 2016)

²⁵⁶ Nel triennio 2012 al 2015 così l’Agenzia ha erogato più di “5000 ore di mediazione culturale a chiamata in 246 strutture, con il coinvolgendo di circa 3700 utenti stranieri” (Report Yalla, 2016).

giuridico-amministrativo” e “consulenze specialistiche rivolte ad immigrati” o “operatori dei Servizi.”²⁵⁷ Tali centri pur diversificando l’offerta in relazione alle “priorità ed alle caratteristiche dei bisogni territoriali” erano accomunati dall’obiettivo di “supportare gli utenti” in un “percorso di avvicinamento, conoscenza e accesso alla rete di Servizi del territorio” per poi renderli in grado di “muoversi in autonomia” (Report Yalla, 2016). Fra le attività che svolgevano vi erano quelle di segretariato sociale, orientamento ai servizi nell’ambito della salute e della prevenzione, formazione linguistica e promozione di eventi culturali, convegni e incontri pubblici su temi legati all’integrazione.²⁵⁸

In ambito sanitario, in particolare, è stata svolta una “intensa azione informativa” per “promuovere la conoscenza e l’accesso ai servizi”, la “cultura della prevenzione e un atteggiamento di responsabilizzazione nell’ambito del benessere psico-fisico” in collaborazione con le ASL del territorio, e in particolare con i distretti sanitari, i consultori, i medici di base e i principali presidi ospedalieri (Report Yalla, 2016). Ciò nella consapevolezza che “una fascia importante della popolazione immigrata” non sia “in grado di esercitare il proprio diritto alla salute in ragione della carenza di azioni di sensibilizzazione ed informazione” indirizzate loro. (Report Yalla, 2016)²⁵⁹

Sono stati realizzati, seminari informativi²⁶⁰ che hanno coinvolto le immigrate su svariate tematiche, fra cui quelle inerenti la salute sessuale e riproduttiva, la prevenzione e la tutela della salute materno-infantile, approfondendo anche gli aspetti normativi a tutela della maternità, i servizi territoriali di assistenza

²⁵⁷ *Centri Territoriali di Mediazione* sono stati realizzati anche a Somma Vesuviana, Frattamaggiore, Avellino, Benevento, Caserta, Aversa, Casal di Principe, Mondragone, Salerno, Eboli, Nocera Inferiore. Report Yalla, 2016

²⁵⁸ Ulteriori attività erano volte al “sostegno in ambito lavorativo, alla intermediazione in ambito abitativo, alla consulenza alle famiglie e agli istituti scolastici per l’accoglienza e l’inserimento dei minori stranieri; al sostegno alla genitorialità; alla realizzazione di “laboratori interculturali nelle scuole” (Report Yalla 2016). In alcuni territori sono stati aperti “sportelli di prossimità aggiuntivi” presso associazioni, ospedali, luoghi di culto e/o di aggregazione della popolazione immigrata. I Centri Territoriali hanno intercettato oltre 10.000. (Report Yalla, 2016).

²⁵⁹ A tali attività si sono affiancate quelle volte alla ricerca ed all’analisi dei bisogni degli immigrati sul territorio, di comunicazione, per promuovere i servizi offerti e per diffondere presso l’opinione pubblica i valori della multiculturalità e della ricchezza derivante dalle diversità, scoraggiando atteggiamenti di diffidenza nei confronti dell’altro. E’ stato realizzato un centro di documentazione e un sito web Il sito www.stranieriincampania.it per informazioni sull’integrazione e l’immigrazione, sulle iniziative che sul territorio coinvolgono o si rivolgono direttamente agli immigrati.

²⁶⁰ Nell’ambito del progetto Yalla sono stati realizzati su tutto il territorio campano “168 seminari di approfondimento e di sensibilizzazione che hanno coinvolto circa 1300 donne immigrate”. (Report Yalla, 2016)

prenatale e post-natale, l'utilizzo dei metodi contraccettivi, l'interruzione volontaria di gravidanza, il rapporto di fiducia con il medico, la relazione con il partner e la famiglia (Report Yalla, 2016).²⁶¹

Sono state inoltre realizzate visite guidate presso i Servizi stessi, in modo da creare familiarità con le strutture territoriali e con il personale sanitario.

Nelle interviste realizzate nel corso della ricerca agli informatori privilegiati è stato possibile riscontrare una percezione particolarmente positiva nei riguardi di questa progettualità, della sua validità ed efficienza. Medici ed operatori sanitari intervistati coinvolti nelle iniziative di tale servizio, ne hanno infatti, confermato l'importanza e la valenza.

Una ginecologa del consultorio del Distretto 31 ricorda come l'aver organizzato degli incontri informativi con le donne immigrate abbia poi, consentito loro di accedere al servizio ritrovando lo stesso personale sanitario che avevano conosciuto in occasione degli incontri, cosa che favoriva un clima di fiducia e familiarità. La ginecologa, infatti, a riguardo, sostiene:

“L'esperienza di Yalla è stata significativa perché se uno riesce anche ad arrivare [alle immigrate] poi le coinvolge di più, sicuramente più facilmente rispetto a trovare il manifestino ... Se tu vedi la persona che poi ti accoglierà... Noi facciamo lo screening, prenotiamo la mammografia e poi la signora va e troverà la stessa signora di quando ha fatto l'accoglienza [...] Allora noi abbiamo organizzato cinque, sei incontri in via Torino in cui andavamo, gli operatori a turno, ognuno con un proprio argomento, in maniera tale da farci conoscere e poi da offrire ciascuno qualcosa. Per esempio è andata l'ostetrica e ha parlato della preparazione al parto, io ho parlato della prevenzione per il tumore al seno e la mammografia [...]. Là raccoglievamo le prenotazioni direttamente e quindi per qualche mese, poi abbiamo visitato ... Non erano tantissime infatti quando sono andata io erano venti, venticinque.” (Intervista a ginecologa, ASL Napoli 1, 2016)

Presso il consultorio del Diretto 27 invece sono state promosse iniziative informative cercando di raggiungere le donne impegnate in attività di assistenza e cura, per lo più ucraine, ai giardini ove queste si incontravano il giovedì pomeriggio, giorno libero dall'attività lavorativa al fine di promuovere un incontro informativo presso il servizio stesso, come ha ricordato nel corso dell'intervista, la ginecologa del consultorio del distretto. (Intervista a Dott.ssa D,

²⁶¹ Sono state inoltre individuate, assieme alle ASL ed al personale sanitario coinvolto, altre tematiche rilevanti come le malattie infettive, la cura del cavo orale, le malattie sessualmente trasmissibili, l'alimentazione, l'uso dei farmaci (medicina tradizionale, omeopatia, allopatia), la salute mentale, le dipendenze. (Report Yalla, 2016).

ginecologa del Consultorio del Distretto 27).²⁶² Presso tale consultorio, in particolare, con l'interruzione del progetto Yalla, non è più stata realizzata alcuna attività di mediazione linguistico culturale a chiamata (Intervista a Dott.ssa D, ginecologa del consultorio del Distretto 27).

Significative inoltre le parole della Dott.ssa Papa, responsabile dell'Unità Operativa Tutela Salute Donna dell'ASL, che ha ribadito l'importanza del ruolo svolto dal servizio Yalla nel consentire di fare fronte a problematiche comunicative con l'utenza immigrata, sostenendo in merito:

"Diciamo il progetto Yalla funziona che se mi serve una mediatrice culturale russa il giorno prima per il giorno dopo e poi mi arriva la mediatrice russa! Quindi anche questo ha contribuito a far aumentare l'utenza straniera [...] Prima diciamo ci arrangiavamo e poteva capitare che non c'erano... [...] Alcune nazionalità non c'erano, e quindi eravamo un po' fregati, però c'era sempre l'amica che parlava italiano. Si capiva, insomma! Si riusciva comunque!" (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015)

Si può ritenere pertanto che la chiusura di tale progettualità a partire da gennaio 2016, abbia costituito una grave perdita in quanto ha rappresentato, come hanno ribadito operatori sanitari, medici e informatori privilegiati un'esperienza positiva, volta a favorire l'accesso delle immigrate ai servizi sul territorio e la diffusione di informazioni in tale ambito

6.6.2 – L'ambulatorio ostetrico-ginecologico del II Policlinico di Napoli, (2007/2016)

Presso il Dipartimento di ginecologia ed ostetricia del II Policlinico di Napoli è stato realizzato a partire dal febbraio del 2007 un servizio di mediazione culturale rivolto a donne immigrate, gestito dalla Cooperativa Sociale Dedalus. Le attività di mediazione erano svolte a titolo gratuito per l'"Ambulatorio ostetrico ginecologico dedicato" alle donne migranti, che si avvaleva di un'équipe interdisciplinare ed era aperto il giovedì pomeriggio e per quello di "Gravidanza, malattie infettive ed AIDS in Ostetricia e Ginecologia".²⁶³ Il servizio prevedeva

²⁶² L'intervista non è stata registrata su richiesta della ginecologa.

²⁶³ Tale Ambulatorio, in particolare, si rivolge a donne a rischio di malattie infettive italiane e straniere ed è impegnato in attività di diagnosi e cura di tutte le patologie ginecologiche legate a HIV/AIDS, delle diagnosi e follow up in gravidanza dell'assistenza al parto per donne HIV positive e per le principali malattie infettive a trasmissione verticale madre – bambino. Esso

la presenza di una mediatrice dell'Europa dell'EST (ucraina), una dell'Africa (Nigeria) e una volta al mese, da circa due anni, di una mediatrice culturale cinese.²⁶⁴

Le attività del progetto, che si rivolgeva in prevalenza ad immigrate irregolari, includevano oltre alla mediazione in occasione delle visite, anche informazione, orientamento ed accompagnamento in ambito socio sanitario e giuridico.

L'utenza dell'ambulatorio era rappresentata soprattutto da immigrate provenienti da Ucraina che nel 2014 rappresentavano il 39%, Cina (il 16% nel 2014) dalla Nigeria (11%), Russia, Kirghizistan e Romania (Report della Cooperativa Dedalus, 2014).²⁶⁵ L'utenza in ogni caso si diversificava per provenienza, fra i due ambulatori ove si svolgeva il servizio, poiché presso l'Ambulatorio di Gravidanza a Rischio, malattie infettive e AIDS in Ostetricia e ginecologia era costituita soprattutto da immigrate provenienti dall'Africa, e dalla Nigeria in particolare, mentre per l'Ambulatorio dedicato da donne originarie dall'est Europa e cinesi. La presenza di una mediatrice culturale cinese una volta al mese ha, così, svolto un ruolo considerevole per l'emersione dell'utenza femminile di questa nazionalità che di rado si rivolge ai servizi del territorio.²⁶⁶ A riguardo una delle mediatrici culturali rileva: *“Le cinesi vengono perché una volta al mese abbiamo uno spazio alle donne cinesi.” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Coop. Dedalus, Napoli, 2015)*

Molto esiguo, invece, era il numero di donne di origine filippina che si sono rivolte all'ambulatorio, ed a riguardo la mediatrice culturale ha evidenziato *“ne ho incontrate una o due in tutta la mia attività dal 2011!” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Dedalus, Napoli, 2015)*

lavora in collegamento con i principali centri di malattie infettive, punti nascita, consultori, sert del territorio campano, punti (Report Coop. Dedalus, 2014).

²⁶⁴ La mediatrice nigeriana su richiesta del personale medico è stata spostata presso l'Ambulatorio ginecologico per malattie infettive ed AIDS, vista la considerevole utenza di donne di questa nazionalità.

²⁶⁵ Nel periodo dal 2007 al 2014 le immigrate provenivano per il 58% da paesi non comunitari dell'Europa dell'Est, per il 14% dall'Asia, per l'8% dall'Africa e da paesi appartenenti all'unione europea. In particolare il 43% delle immigrate era di origine Ucraina, il 14% cinese, il 10% russa, il 6% originarie del Kirghizistan ed il 5% della Nigeria. (Report Dedalus, 2014). Le destinatarie dell'Ambulatorio dedicato iscritte al sistema sanitario erano il 47%, mentre solo una minoranza era in possesso di codice STP (26%) o ENI (il 5%) (Dati relativi al 2014, Report Coop. Soc. Dedalus).

²⁶⁶ Nel 2014 in particolare è stato registrato un significativo aumento delle utenze provenienti dalla Cina (Report Coop. Dedalus, 2014).

Più di recente, inoltre, erano aumentate anche le donne richiedenti protezione internazionale, fra cui quelle di origine somala, che raggiungevano l'ambulatorio grazie all'intermediazione degli operatori dei centri di accoglienza che le ospitavano. (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Dedalus, 2015)

Le problematiche per le quali le donne straniere si rivolgevano all'ambulatorio dedicato potevano essere molteplici e legate alla prevenzione, alla contraccezione, al controllo o alla gravidanza.²⁶⁷

Le utenti inoltre, alcune delle quali affette da patologie gravi, come quelle tumorali, erano rappresentate il più delle volte, da donne impiegate in attività di assistenza e cura o in ambito domestico, con poco tempo a disposizione da dedicare a sé stesse e alla loro salute e spesso con scarse conoscenze delle strutture sanitarie del territorio (Report Dedalus, 2014). Numerose in ogni caso, sono le problematiche riscontrate anche fra le immigrate in gravidanza, che spesso facevano “la prima visita con grande ritardo”, non disponevano di “informazioni sui servizi sanitari pubblici e su come accedervi” e non erano a conoscenza delle forme di tutela per la maternità (Report Dedalus, 2014).

I canali informativi di accesso potevano essere rappresentati, come rileva la responsabile, da attività di informazione sul territorio, dal passaparola fra le immigrate (Intervista a M, Responsabile del Servizio della Coop. Sociale dedalus, 2015). Le prenotazioni per l'Ambulatorio dedicato erano effettuate presso il centro interculturale Nanà, mentre per l'Ambulatorio di malattie infettive le donne straniere giungevano “su invio o indicazione delle strutture che sul territorio si occupano di tali patologie” come l'Ospedale Cotugno (Report Dedalus, 2014).

Le reti e le collaborazioni del servizio di mediazione dell'ambulatorio, come si evince dalle interviste alla mediatrice culturale ed alla responsabile del servizio, potevano essere molteplici e rappresentate da Distretti sanitari, consultori familiari, ambulatori dedicati, ospedali, o dalla pubblica amministrazione, dal consolato, dalle Suore di Calcutta. (Intervista a M. Responsabile del Servizio della Coop. Sociale Dedalus, 2015; Intervista a O. mediatrice culturale Ucraina Coop. Sociale dedalus, 2015). Fra gli enti del privato sociale vi erano inoltre, il Centro Astalli, il Centro Fernandez di Castel Volturno dal quale erano inviate numerose donne di origine nigeriana all'ambulatorio per malattie infettive, Casa Florinda,

²⁶⁷ Queste erano costituite al 2014 da visite ginecologiche in prevalenza (60%), da gravidanza (15%) o per esami specifici (per il 25%). (Report Dedalus, 2014).

servizio della Cooperativa Dedalus per donne vittime di violenza, il centro Yalla nel periodo della sua attività ed in caso di necessità, dal servizio legale della Cooperativa Dedalus. (Intervista alla mediatrice culturale ucraina, Coop. Sociale Dedalus, 2015). Dalle parole della mediatrice ucraina, inoltre, si evince l'importanza della collaborazione con il Servizio Sociale dell'Ospedale, poiché rileva:

“È da lì che parte anche la rete, se c'è qualcosa posso chiamare anche da sola per esempio al distretto sanitario per relazionarmi con gli assistenti sociali” (Intervista a O. mediatrice ucraina, Coop. Dedalus, 2015)

Significativa, come è possibile riscontrare dalle interviste, anche l'attività di collaborazione nell'ambito della équipe, fra le mediatrici, i medici, la caposala, le ostetriche e la coordinatrice. Nei casi più complessi e problematici, infatti, il confronto o il dialogo nell'ambito della équipe, per ricercare soluzioni adeguate, ha evidenziato O. mediatrice culturale ucraina, era infatti di fondamentale importanza. A riguardo sostiene:

“Su questo siamo veramente molto collaborativi, possiamo sempre contare sulla coordinatrice, anche se abbiamo una difficoltà a livello personale, ci sono situazioni in cui è importante parlare, anche parlare con un coordinatore che ti ascolta, che ti indirizza ... Io mi sono accorta che se parli poi si trovano tante soluzioni! E siamo veramente molto affiatate!” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Coop. Dedalus,, 2015)

Il rapporto con altri medici ed operatori dell'équipe, sostiene la mediatrice ucraina, era “sempre alla pari”, che a riguardo rileva:

“Loro dicono che noi diamo una grande mano in ambulatorio! Non c'è stato un giorno che il giovedì pomeriggio quando finiva l'ambulatorio che loro non hanno detto grazie! Poi dipende anche dalla persona, perché loro veramente sono preparati e gli piace questo lavoro in questo ambulatorio!” (Intervista a O. mediatrice ucraina, Coop. Dedalus, 2015)

Dalle parole della mediatrice si evince anche l'entusiasmo per l'attività svolta nell'ambito dell'ambulatorio dedicato e la valenza che tale servizio può avere sul territorio, poiché sostiene:

“Le visite che si effettuano sono visite ginecologiche e visite ostetriche, donne che sono seguite perché sono gravide, che sono anche alla fine della gravidanza e la cosa bella quando ritornano che portano anche i figli! E anche le persone che non possono avere figli e poi con cure possono rimanere gravide e portano avanti la gravidanza e portano anche i bambini! Questa è l'emozione più bella! [...].E’

molto bello questo ambulatorio ho fatto sei mesi di stage!” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Dedalus, 2015)

Un ampio dibattito ruota attorno alla organizzazione di servizi dedicati, specifici per particolari target, ma a riguardo sembrano significative le parole di O., mediatrice ucraina del progetto realizzato presso il Policlinico, che ribadisce:

“Io penso che di uguale già ci sta, [...] Invece l’ambulatorio dedicato è una medicina generale che per esempio lo straniero non c’è l’ha e invece c’è questo ambulatorio dedicato! [...] E poi puoi trovare anche il mediatore che parla la tua lingua! Puoi chiedere l’intervento di un altro mediatore che parla la tua lingua, puoi chiedere tante informazioni! Non in ogni provincia hanno questi ambulatori (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Dedalus, 2015)

L’ équipe del servizio, inoltre, si evince dalle interviste, prestava una considerevole attenzione e considerazione per le problematiche delle utenti, ed una delle sue mediatrici culturali a riguardo afferma:

“Io per fortuna lavoro in questo ambulatorio e ogni settimana, per loro professione ogni settimana, sono da anni che stanno facendo questo! ... Veramente si può dire dedicano moltissimo alle donne. Abbiamo fatto anche cose che non era il compito dell’ambulatorio non era il compito del medico E poi [...], in questo ambulatorio c’è proprio un équipe che ascolta, che cerca di capire le problematiche, non è dappertutto così! Di solito c’è un disinteresse, in ospedale, non conoscenza delle cose, e poi si caricano le cose ad altre persone quando possono farlo anche loro.” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Coop. Dedalus, 2015)

Una particolare attenzione, inoltre, era rivolta alle dinamiche relazionali, all’ ascolto delle esigenze delle pazienti, all’accoglienza ed al riconoscimento della valenza di diverse tradizioni culturali, cercando di andare incontro alle esigenze delle utenti, come ha ribadito la mediatrice culturale del servizio, sostenendo:

“Però non in questo ambulatorio non ci sono ... perché questo ambulatorio è all’avanguardia! Ad esempio, se una donna non desidera essere visitata da un uomo, viene assecondata e assistita. [...] Invece da altre parti può succedere che un silenzio della paziente può essere interpretato diversamente come non collaborazione! Anche una paura delle cose, di mostrare il corpo può essere interpretata diversamente! Molti problemi sono anche psicologici e psichiatrici delle persone straniere, che hanno subito shock, che stanno da tanti anni e il progetto “migratori” né le soddisfa nei risultati ... E ultimamente ho visto tante donne che bevono e che hanno perso ogni arte di femminilità e di dignità umana! E perciò le persone che fanno un ambulatorio dedicato devono essere pronte ad accogliere ed ascoltare!” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Coop. Dedalus, 2015)

La problematica principale di tale progetto di mediazione, analogamente a quello regionale Yalla, attiene alla precarietà ed alla mancanza di continuità, poiché

sebbene abbia svolto per molti anni un ruolo significativo nel facilitare l'accesso e la fruizione ai servizi sanitari da parte delle immigrate, tuttavia era legato a progettualità e finanziamenti a termine, per cui le sue attività sono state interrotte nel corso del 2016.²⁶⁸

6.7 - Le progettualità volte alla tutela della salute delle immigrate e l'importanza delle reti socio – sanitarie. Il Progetto Equità della Regione Campania

Una progettualità particolarmente significativa sul territorio campano e napoletano, che prevede fra le sue attività anche iniziative volte a facilitare l'accesso ai servizi e la prevenzione nell'ambito della tutela della salute femminile e della maternità è il progetto Equità in Salute, istituito e finanziato dalla Regione Campania, con Decreto Commissariale N. 94 del 30 settembre 2013. Esso si propone, in particolare, di “promuovere azioni di discriminazione positiva a favore di persone e comunità che, per deprivazione e disagio sociale ed economico risultano più fragili”, incentivando “strategie” volte a contrastare e ridurre le disuguaglianze²⁶⁹ (SASCI, 2015: 4).

Il progetto si articola in quattro principali macro- aree, che prevedono numerose attività formative per operatori sanitari. La prima macro - area “Promozione dell'equità”, prospetta di attuare “procedure regionali innovative” per facilitare l'accesso ai servizi sanitari delle fasce di utenza più fragili, assieme ad attività formative in tema di equità, di monitoraggio ed analisi in questo ambito. La seconda macro-area è volta, nello specifico, a mettere in atto “Azioni a favore di segmenti di popolazione sovraesposti a rischi di salute e di discriminazione”

²⁶⁸ Da ottobre del 2016 a settembre del 2017 con un finanziamento dei Fondi otto per mille della Chiesa Valdese (Unione delle chiese metodiste e valdesi) è stato in ogni caso avviato il Progetto Me.Li.S.Sa, da parte della Cooperativa Dedalus rivolto a donne ma anche minori ed alle loro famiglie per “rendere i servizi sanitari più accessibili”. Svolge le sue attività presso il Centro Interculturale Nanà, il II Policlinico, A. O. P Santobono Pausilipon di Napoli. Prevede in particolare “attività di mediazione linguistica e culturale, in sede fissa e a chiamata, sostegno durante le visite e percorsi sanitari; informazione e orientamento ai servizi territoriali” Per approfondimenti si rimanda al sito web <http://www.coopdedalus.it/index.asp?pt=aree%20di%20intervento/progetti&mn=Melissa&ex=htm>

²⁶⁹ Il Progetto è stato finanziato con risorse a destinazione vincolata per Regioni e province Autonome per il raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e rilievo nazionale dell'anno 2013 . Linea progettuale 6 - Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità (approvato con Decreto Commissariale N. 105 del 1/10/2014 dalla Regione Campania) (Report SASCI, 2016: 208).

rappresentati, in particolare, da immigrati, senza fissa dimora, Stranieri Temporaneamente presenti, donne e minori rom (SASCI, 2015: 213 – 206)

La terza Macro - area prevede, invece, la realizzazione di un Progetto Pilota, sperimentale da attuarsi nell' ASL Napoli 1, ove, per altro, si prospetta la costituzione del Centro Equipe Equità. Fra le iniziative più significative vi è, in tale ambito, la realizzazione di attività di offerta attiva per persone senza fissa dimora ed immigrati, fra cui un servizio di assistenza sanitaria di bassa soglia attraverso l'ausilio di una unità mobile di Pronto Intervento Sociale, ovvero di un camper con una équipe rappresentata da un medico, un infermiere, un operatore sociale e un autista. Sono previste inoltre, iniziative a tutela della maternità e della salute femminile, fra le quali la distribuzione di materiali informativi in lingua rivolti alle immigrate e il "Progetto Mamme Rom". Quest'ultimo in particolare è volto alla presa in carico integrata delle madri di etnia rom, nei distretti ove questa utenza è più significativa da un punto di vista numerico, al fine di ridurre i rischi legati al periodo della gravidanza, del parto e del puerperio. Nell'ambito della terza macro – area del progetto, poi si prevede l'implementazione del Centro Tutela salute immigrati attraverso la realizzazione di un ambulatorio di medicina generale di bassa soglia, aperto cinque giorni a settimana con l'ausilio di un mediatore culturale ed il rafforzamento delle attività mediche di II livello. Sono previste, inoltre, attività volte al supporto infermieristico per gli Ambulatori Dedicati, pensati quale "parte di una unica rete di offerta", all' assistenza sanitaria per persone senza fissa dimora ospitate in strutture di accoglienza ed infine alla "semplificazione, conoscenza e formazione", con l'adozione di direttive e protocolli tesi a semplificare i percorsi di accesso ai servizi sanitari di immigrati, STP e senza fissa dimora (SASCI, 2015: 219)

La IV Macro-area "Promozione- della salute e diffusione di Buone Pratiche" prevede, invece, azioni di monitoraggio ed implementazione di attività che rientrano nelle buone pratiche sul territorio e la realizzazione di gruppi di lavoro, nei quali siano coinvolte anche delle comunità immigrate (SASCI, 2015: 227, 228)

Nell'ambito di tale progettualità all' ASL Napoli 1 è stata affidato il coordinamento delle dei tavoli tecnici interdisciplinari a vari livelli istituzionali, il coordinamento dei gruppi operativi centrali (con un finanziamento di 250.000 Euro), e la formazione degli operatori. (290.000 Euro). All' ASL Napoli 2 Nord è

stata, invece, delegata l'istituzione di un Osservatorio Regionale per l'analisi e il monitoraggio delle disuguaglianze in sanità (con un finanziamento di 3000.000 Euro), e la realizzazione di attività volte "all'implementazione ed al funzionamento di un autonomo sistema di informatizzazione (finanziate con 300.000 Euro) (SASCI, 2015: 208).

Il progetto, pertanto, può rappresentare un importante passo per ridurre le disparità di accesso ai servizi sanitari della popolazione straniera in quanto prevede la realizzazione di attività informative per gli stranieri, formative per il personale sanitario, oltre che azioni volte ad integrare le reti di servizi sanitari e sociali sul territorio attraverso la realizzazione di tavoli tecnici inter – istituzionali. Nel corso del Convegno Regionale Equità in Salute svoltosi a Napoli nel settembre 2015, nel quale è stato presentato il progetto ed il suo stato di avanzamento, è stata per altro ribadita l'importanza di istituire attività di monitoraggio di bisogni e necessità della popolazione più fragile ma anche di favorire l'integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario per la presa in carico delle situazioni più problematiche.

Il progetto Equità, tuttavia, è stato realizzato solo parzialmente. Sono state infatti, messe in atto, alcune delle attività di formazione, fra cui quelle relative alle buone pratiche previste nella quarta macro – area (nel 2015) ed i percorsi formativi "Pro equità" per operatori coinvolti nella stesura di piani di equità regionali (ottobre – novembre 2015) e "Diseguaglianze di genere" rivolti ad operatori dei consultori familiari (ottobre e novembre del 2015). Sono, inoltre, stati istituiti alcuni dei tavoli di lavoro previsti presso l'ASL Napoli 1 è stata avviata l'attività dell'unità mobile, stabilendone i turni, sebbene non sia stata ancora resa operativa. Il progetto infatti, come si evince dalle interviste realizzate agli informatori privilegiati, è oramai fermo da tempo, a causa di problematiche burocratiche ed amministrative legate per altro, alla situazione di instabilità della sanità in Campania e cittadina, caratterizzata dall'avvicinarsi di direttori generali e commissari (Intervista Servizio SASCI, 2017). Il Dott. Gualdieri, a riguardo, nel corso della intervista svoltasi nel settembre del 2016, auspicava una ripresa delle attività sostenendo:

“Vi è uno scollamento tra Regione e Asl e poi abbiamo un blocco interno burocratico, all' interno della nostra Asl. Però tutto fa pensare ... dato che l'attuale Direttore Sanitario della Asl Napoli 1 è uno dei partecipanti al progetto

mi auguro che ora possa ripartire!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Gran parte delle attività previste da tale progettualità, tuttavia, non sono ancora state avviate.

6.7.1 – I progetti del privato sociale e le questioni emerse in riferimento al lavoro di rete sul territorio

Numerose sono le progettualità che afferiscono al privato sociale impegnate, fra le attività che svolgono, in azioni volte alla tutela della salute delle immigrate, sia nell’ambito della sfera femminile sia più specificamente nell’ area materno infantile, le quali pertanto lavorano in rete con i servizi sanitari presenti sul territorio come i consultori, gli ambulatori dedicati o il Centro Tutela Salute Immigrati. Fra queste vi sono sia servizi che coinvolgono una utenza generica, come nel caso del *Centro Ascolto Donna Immigrata* (C.A.D.I.) della Caritas di Napoli, sia quelli che, invece, sono rivolti a target specifici, come i progetti per donne vittime di prostituzione e tratta “Fuori Tratta La Gatta” e “Fuori Tratta – Caracol” che afferiscono alla Cooperativa Sociale Dedalus,²⁷⁰ o impegnati nell’accoglienza di richiedenti protezione internazionale, giunte in Italia con gli ultimi sbarchi ed ospitate in centri di prima accoglienza, C.A.S. (Centri di Accoglienza Straordinari) o Centri di accoglienza dello S.P.R.A.R., (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati),²⁷¹ gestiti da LESS onlus o da Arci.

Particolarmente attiva, inoltre, per il sostegno e l’ausilio delle donne in gravidanza e delle neo – madri è l’Associazione Piano Terra – ONLUS, sorta nel 2008 le cui iniziative sono rivolte a donne in situazioni disagio economico e sociale, in

²⁷⁰ Fra questi vi sono il progetto Fuori Tratta La Gatta, e Fuori Tratta Caracol. Il primo attivo dal 2007 è promosso dalla Regione Campania e realizzato dalla Coop Dedalus insieme all’Associazione Arci di Salerno, all’Ambito Territoriale C6, a La Locomotiva onlus. Il progetto è volto alla realizzazione di attività “di assistenza e integrazione sociale” per “vittime di violenza e grave sfruttamento”, previsti dall’art. 18 d.lgs. 286/98. I percorsi individualizzati prevedono accoglienza abitativa, assistenza sanitaria, attività volte a ottenere permessi di soggiorno, formazione, inserimento lavorativo. Il Progetto Fuori Tratta Caracol invece è impegnato nella realizzazione di programmi previsti all’art. 13 della L. 228/2003, volti alla “emersione, segnalazione, identificazione ed invio ai servizi di protezione e prima assistenza” Le attività del progetto si articolano fra una unità di strada, attività di accoglienza ed l’invio ai servizi sanitari. Per approfondimenti si rimanda al sito web Cooperativa dedalus.

²⁷¹ Il sistema di accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati è al centro di numerosi dibattiti e di recenti indagini è complesso ed articolato. Esso coinvolge strutture, pubbliche o private e prevede diversi livelli di accoglienza. La Seconda accoglienza è realizzata dai centri S.P.R.A.R., (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) o per l’impossibilità di reperire posti nei centri ordinari, in CAS (Centro di accoglienza straordinari) (Idos, 2016: 138 – 139)

collaborazione con i servizi sociali del territorio. L'associazione coinvolge, in particolare, una utenza rappresentata da madri italiane e immigrate,²⁷² alle quali si fornisce ausilio materiale (attraverso, ad esempio, la distribuzione di latte artificiale) ma anche sostegno alla genitorialità, nell'ambito di diversi percorsi e progettualità che prevedono la partecipazione ad incontri, seminari, attività laboratoriali, informazione ed orientamento ai servizi del territorio.²⁷³

Tali realtà possono svolgere un importante ruolo nell'indirizzare le immigrate ai servizi sanitari territoriali, come nelle attività di informazione, orientamento ed accompagnamento delle loro utenti.²⁷⁴

Dalle interviste agli informatori privilegiati, rappresentati dai referenti di servizi sanitari o di progetti del privato sociale e da mediatrici culturali, si evince l'importanza che assolvono le reti fra enti ed organizzazioni che afferiscono agli ambiti del sociale e sanitario per la tutela della salute delle immigrate o nella sfera materno infantile, per la presa in carico integrata delle situazioni più complesse e problematiche, per la diffusione delle informazioni o per la risoluzione di barriere di ordine burocratico amministrativo.

A riguardo, ad esempio, Flamminia Trapani, referente e fondatrice dell'Associazione Piano Terra sostiene:

*“La rete è indispensabile, in situazioni così... Noi cerchiamo di creare rete un po' con tutti, per cui i servizi possono essere diciamo, pubblici, privati, formali o informali. Quindi i pubblici sono solitamente, consultori familiari, i servizi sociali, ospedali, scuole, università, [...] i CAF spesso, [...] patronati, avvocati, insomma, voglio dire, poi possono essere anche parrocchie, associazioni del terzo settore, volontari...” (Intervista a Trapani, Associazione Piano Terra, Napoli, 2016)*²⁷⁵

²⁷² Le madri immigrate provengono dall'Africa, ad esempio da Marocco o Nigeria, dallo Sri Lanka, dall'Europa dell'Est e sono inviate all'Associazione dai servizi sociali, con i quali vi è un costante confronto (Intervista a Trapani, Associazione Piano Terra, Napoli, 2016)

²⁷³ L'associazione per altro è coinvolta in un progetto nazionale di Save The Children denominato “Fiocchi in Ospedale” che prevede uno sportello presso l'Ospedale Cardarelli, in collaborazione con il reparto di terapia intensiva neo-natale e di ostetricia. Inoltre settimanalmente è prevista la possibilità di effettuare visite pediatriche gratuite presso la sede dell'associazione.

²⁷⁴ Non si intende qui entrare nel merito delle singole progettualità o analizzarle nel dettaglio in maniera esaustiva, quanto piuttosto, rilevare il ruolo che svolgono nell'indirizzare le donne ai servizi, nelle attività di orientamento ed informazione, nella tutela della salute femminile delle immigrate. Operatrici e mediatrici impegnate in tali progettualità evidenziano l'importanza svolta dalla collaborazione e dalle reti presenti sul territorio, rilevandone punti di forza e le problematiche.

²⁷⁵ Le reti dell'Associazione Piano Terra e le collaborazioni sono soprattutto informali, ad esclusione di una collaborazione con Save The Children, per un progetto “fiocchi in Ospedale” realizzato presso il Cardarelli a sostegno delle madri e dei loro bambini (Intervista Trapani, fondatrice dell'Associazione Piano Terra ONLUS).

Significative, inoltre, le parole della referente del *Centro Ascolto Donna Immigrata* C.A.D.I. della Caritas di Napoli ²⁷⁶ che rileva come ad oggi rispetto al passato vi siano sul territorio più servizi a cui poter indirizzare le immigrate, che alle volte prevedono, per altro, l’ausilio di mediatrici culturali. La referente del Centro ascolto a riguardo sostiene:

“Sicuramente adesso ci sono più servizi anche specifici per donne immigrate dove tu puoi mandarle con più sicurezza. Perché prima non è che questi servizi s’erano. Per esempio adesso mi viene in mente una volta a settimana c’è l’ambulatorio di ginecologia al Policlinico che tu lo sai e le mandi o per la Caritas ci sono Medici Senza Frontiere che tu li mandi oppure l’ordine di Malta, che hanno servizi. Ambulatori di odontoiatria, i consultori ... Poi adesso c’è presenza di mediatori che rispetto a prima facilitano un po’ l’accesso. Adesso qualche cosa in più. (Intervista a Referente C.A.D.I., Caritas, Napoli, 2016)”²⁷⁷

Dalle interviste emerge, in ogni caso, la percezione delle difficoltà, delle problematiche in riferimento alle possibilità di una integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario, volta a facilitare l’accesso ai servizi delle utenti immigrate, come la percezione dell’ assenza di un indirizzo politico, di una governance che favorisca tali reti e collaborazioni.

Emblematiche, a riguardo, le parole del responsabile del Settore Immigrazione della Caritas di Napoli, il Dott. Trani che rileva come la presenza di reti sul territorio sovente, si ricollegli alla “volontà” dei singoli ed ai “rapporti interpersonali”, sostenendo:

“Molto è affidato alla buona volontà delle singole persone ai rapporti, alle conoscenze interpersonali. Non c’ è, manca assolutamente una politica che anzitutto metta intorno al tavolo tutti gli attori istituzionali e non istituzionali con i destinatari, coinvolgendo i destinatari per capire che cosa sia opportuno fare perché la regia di questi tavoli spetterebbe all’ istituzione” (Intervista Dott. Trani, Caritas, Napoli, 2016)

²⁷⁶ Il Centro Ascolto C.A.D.I. sorto nel 1993, con l’obiettivo di “avvicinarsi alle esigenze delle donne straniere presenti nella città” di Napoli” Esso realizza, così, “ servizi di accompagnamento, percorsi di autonomia, consulenza psicologica specialistica, mediazione culturale”.

²⁷⁷ Lo sportello della Caritas, svolge diverse attività per donne immigrate in situazioni di disagio, fra cui quelle volte al sostegno della maternità o all’ orientamento ai servizi sanitari. La sua referente a riguardo ribadisce:

Noi facciamo tutto dalle analisi, da fare da trovare medico e poi andiamo avanti con accoglienza per donne con bambino, iscrizione all’ asilo nido, pannolini, vestitini e tutto ciò che è legato alla nascita di un figlio.

Sono particolarmente significative inoltre, in riferimento a tale problematica, le parole della Responsabile dell'Unità Complessata Tutela Salute Donna, la Dott.ssa Papa, che ribadisce:

“Il problema guardi è che a noi in Campania soprattutto, manca completamente la programmazione, completamente, guardi! Noi abbiamo doppioni, doppioni su doppioni! [...] quello che manca è l'integrazione. Allora se io (come abbiamo fatto per esempio con lo screening) io consultorio, primo livello, parlo in dialetto, accetto le extracomunitarie, accetto i senza fissa dimora, sono il primo livello, il primissimo livello, diagnostico una patologia che merita di un approfondimento, mando al secondo o terzo livello. Invece tutti fanno tutto! Questo con un dispendio di energie, di denaro e poi soprattutto, poi, non c'è nessunissima, nessunissima, tracciabilità di niente! E quindi diciamo perciò non c'è programmazione! [...] Però guardi, non ci vorrebbe moltissimo, sa? Ci vorrebbe meno burocrazia, più persone competenti nei posti giusti ... le cose poi si fanno!” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015)

La Responsabile dei consultori suggerisce, per altro, possibili percorsi per migliorare la rete fra enti sociali e sanitari, incrementando l'integrazione con le associazioni del territorio più efficienti, anche con un adeguato sistema di valutazione delle loro attività.²⁷⁸ Sostiene infatti:

“Le associazioni più attive, quelle che portano a dei risultati, allora si possono integrare poi con le strutture sanitarie. Perché poi fondamentalmente la loro finalità dovrebbe essere quella di far accedere le persone, [...] l'attività dell'associazione dovrebbe essere quella di fare appunto rete con il resto!” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015)

Analogamente Flaminia Trapani, responsabile dell'Associazione Piano Terra ribadisce come le reti, le collaborazioni fra servizi sul territorio siano realizzate “a macchia di leopardo” e senza una adeguata governance. A riguardo ribadisce:

“Veramente spesso tutto viene lasciato alla buona volontà dei singoli, quindi se una persona è, un medico, un assistente sociale, uno psicologo, un educatore, un operatore, è una persona coscienziosa, che gli piace di fare il suo lavoro, che ne capisce d'importanza, e quindi che lo fa bene, bene! [...] E' un problema politico, di governance... Molto spesso ci sono tante leggi, ad esempio su tutto quello che è il percorso nascita, in realtà in Italia ci sarebbe un percorso nascita fantastico... ma ci sono una serie di cose che proprio non vengono prese in considerazione, cioè le leggi ci sono, ma non vengono applicate. Questo un po' in tutta Italia, non necessariamente solo al sud. Poi anche qua, anche in Italia, come ben sa si divide un po' a macchia di leopardo” (Intervista a Trapani, Associazione Piano Terra, Napoli, 2016)

²⁷⁸ L'integrazione fra l'ambito sociale e sanitario a Napoli è demandata, come previsto dalla L. 328/2000, alla realizzazione dei Piani di Zona e dei PAT.

Una ulteriore problematica emersa nel corso delle interviste attiene alla instabilità delle reti e delle collaborazioni sul territorio che si ricollega alla precarietà di progettualità a termine nell'ambito della immigrazione.

Emblematiche le parole della referente del Centro Ascolto C.A.D.I. della Caritas, che sottolinea a riguardo:

“Sai qual è la difficoltà a Napoli? È che molto spesso questi servizi sono dei progetti che iniziano e finiscono e allora tu hai una rete e poi magari dopo un anno questa rete non c'è, perché già il progetto è finito! E questo è un problema da anni. Da venti anni! (Intervista a Referente C.A.D.I., Caritas, Napoli, 2016)

Si può ritenere che l'instabilità di progetti volti a facilitare l'accesso e la fruizione ai servizi sanitari fa sì che le stesse reti e collaborazioni fra organizzazioni ed enti sul territorio siano particolarmente “fluide”, in continuo mutamento. A tal proposito la referente dello sportello donna della Caritas rileva:

“La rete a un certo punto evapora! Ce la caviamo fra di noi e... sempre alla buona poi dobbiamo risolvere! Il gap ad esempio è stato quello del numero verde che aveva una continuità, c'era una bella rete di servizi all'epoca, perché il servizio era stabile, era un progetto serio di tutti i giorni, di un organico che poteva gestire problematiche anche pesanti da affrontare, perché c'erano le persone e anche le risorse per poterlo fare[...] Ovviamente quando si lavora uno o due volte a settimana, così con un progetto finito si va con volontariato... è tutto un problema! Perché per prendere una persona in carico ci vogliono mesi di lavoro, per seguirla, poi alla fine, tu prendi questa persona in carico e difficilmente anche se adesso ci sono i servizi, tu la devi accompagnare in tutto i percorsi. Ad esempio se vedi una casa di accoglienza di suore, non è che ha un organico per seguire tutto quello che è necessario. Ci vuole un organico per continuare a seguire le persone. Ma in case di accoglienza delle suore devi seguirli e essere presente”. (Intervista a Referente C.A.D.I., Caritas, Napoli, 2016)

Una ulteriore difficoltà in tale ambito come ha evidenziato la mediatrice dell'ambulatorio ostetrico ginecologico di Villa Betania può far riferimento ai molteplici interessi che alle volte possono ostacolare l'attività di rete e le collaborazioni sul territorio, che dovrebbero, in ogni caso, essere implementate, rilevando:

“Quello che purtroppo in questo settore è molto difficile [...] è creare una rete. È molto complesso perché ci sono tanti interessi che non sono sempre quelli del paziente, sono interessi economici, interessi di quadramento dei bilanci, interessi che vanno altrove, che ovviamente aziende e marchi importanti devono portare avanti, ci mancherebbe! Però spesso l'immigrazione è un settore in cui ognuno vuole metterci un cappello”. (Intervista a Mediatrice culturale, Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Dalle interviste è possibile riscontrare, d'altro canto, l'importanza dell'iniziativa pubblica ed istituzionale nel favorire ed implementare le sinergie e le reti sul territorio.

A riguardo la mediatrice culturale dell' ambulatorio di Villa Betnaia ribadisce come la realizzazione di tavoli tecnici tematici organizzati periodicamente dall' Assessorato al Welfare del Comune di Napoli da circa un paio di anni abbia favorito la creazione di collaborazioni fra i vari enti, sostenendo:

“I tavoli tecnici del Comune organizzati dall'assessorato al welfare di Napoli, sono degli spazi dove le diverse realtà si conoscono, si incontrano, si parlano, si creano queste bellissime sinergie [...] perché tante situazioni di collaborazione sono nate a seguito di quest'iniziativa pubblica.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Il progetto Equità in Salute della Regione Campania che prevede, come si è visto, l'organizzazione di tavoli tecnici inter – istituzionali potrebbe svolgere in tal senso un importante ruolo, come ha ribadito il Dott. Gualdieri, referente di una delle macroaree in cui esso si articola, oltre che del Centro Tutela Salute Immigrati. Questi tavoli potrebbero, infatti, consentire ad istituzioni ed enti coinvolti nella salute degli immigrati di confrontarsi e dialogare, al fine di risolvere le problematiche burocratiche che spesso ostacolano i diritti di salute. Il medico a riguardo evidenzia:

“Ci sono già dei tavoli che sono solo di competenze sanitarie, ma la cosa più interessante sarebbe far partire, e quella è la mia macro area, i tavoli nei quali andrebbero rappresentati il Comune, il Tribunale dei Minori, la Prefettura, in maniera da concertare determinate azioni, ma soprattutto flussi informativi. Perché noi abbiamo una marea di immigrati che ad esempio, avrebbero diritto all'assistenza regolare e invece per intoppi burocratici, per dissociazioni tra i flussi anagrafici e i flussi di Asl non ce l'hanno! La cosa sarebbe veramente interessante perché ad esempio tuttora è in corso il dibattito nazionale su come riconoscere un minore! [...] diciamo, questi sono aspetti essenzialmente, si tratta di affrontare concretamente le problematiche! Di affrontare completamente le realtà quotidiane! (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016)

Nel corso delle interviste, per altro, è emerso come gran parte delle reti e delle collaborazioni abbiano un carattere informale, non siano sancite da protocolli o accordi e siano, alle volte, ricollegate a relazioni interpersonali, alla volontà ed alla capacità di coloro che ne sono coinvolti.

Significative, in tal senso, anche le parole di una mediatrice culturale della Cooperativa Dedalus che era impegnata presso l'ambulatorio dedicato alle utenti

immigrate del II Policlinico. Questa ha ribadito come le collaborazioni potrebbero essere più efficienti sul territorio anche grazie ad un maggiore coinvolgimento ed interesse di coloro che sono coinvolti nei servizi. Sostiene, infatti:

“C’è da migliorare! [...]Sì, quello sarebbe da migliorare, che per esempio quando chiamano dall’ospedale i servizi sociali non dovrebbero dire “a noi questo non compete”, ma anche se non compete però facciano un po’ più attenzione, facciano un paio di chiamate di più ... Che ci sia più interesse! Io penso che non dovrebbe esserci tanta indifferenza! Perché spesso la superficialità guasta la buona riuscita! Anche la superficialità dell’operatore che non vuole prendersi la responsabilità, ma neanche alzare la cornetta per fare una chiamata! Perché a me è capitato che siamo rimaste completamente sole e non sapevamo più cosa fare e dove chiamare, perché i servizi sociali hanno ... Perché la signora era senza dimora ed è stata dura perché non abbiamo trovato quella rete che doveva esserci. Io penso che il servizio sociale io penso che quello deve fare[...] Ma forse a volte non c’è nemmeno la voglia e noi ci sentiamo impotenti, perché non possiamo fare oltre quello che possiamo fare! Noi siamo mediatori, ci sono situazioni dove noi da sole non possiamo fare nulla!” (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

Dalle interviste emerge d’altro canto l’importanza e la valenza delle collaborazioni e delle reti informali, come ha rilevato la mediatrice dell’ambulatorio di Villa Betania, sostenendo:

“Però è vero anche che la conoscenza di tante realtà avviene sul campo, soprattutto tra associazioni, cioè l’associazionismo lo conosci se ci stai dentro, le realtà poi sono quelle, gli spazi sono quelli, ne vieni a conoscenza, nasce l’incontro e dall’incontro la necessità [...] Il problema è che spesso è più facile instaurare un rapporto una relazione sul campo che sulla carta” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Fra le organizzazioni sorte al fine di costituire reti formalizzate sul territorio vi è quella rappresentata dal gruppo regionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), il G.R.I.S. campano di cui è referente il Dott. Gualdieri. Gruppo nel quale sono coinvolte diverse realtà del territorio sia in ambito sociale che sanitario, le cui attività sono riprese da qualche mese.

E’ possibile riscontrare, per altro, la centralità di alcuni servizi, come il Centro Tutela Salute Immigrati al quale fanno riferimento numerosi enti del privato sociale impegnati in progettualità che coinvolgono le utenti straniere o le immigrate stesse, che si rivolgono ad esso anche per problematiche relative all’ambito ostetrico o ginecologico.

CAPITOLO VII

La presenza femminile immigrata e la rete di servizi a Pisa. Il ruolo della Società della Salute

In questo capitolo ci si è proposti di approfondire le peculiarità e le specificità del contesto territoriale pisano.

Dopo aver focalizzato l'attenzione sulle caratteristiche della presenza straniera femminile a livello regionale e territoriale e sulle problematiche legate alle politiche migratorie locali, si prenderanno in considerazione alcune specificità del modello sanitario toscano, analizzando, più nello specifico, il ruolo svolto dalla Società della Salute, sorta a Pisa, in via sperimentale, fin dagli inizi del 2000 con l'obiettivo di creare una soluzione organizzativa adeguata alle politiche di integrazione fra l'ambito sociale e sanitario. L'ente gestisce, per altro, gran parte delle progettualità inerenti la salute delle donne straniere. Ci si può chiedere se tale modello di governance sanitaria possa influire sui percorsi di accesso ai servizi sanitari delle immigrate favorendo i processi partecipativi della cittadinanza, così come la messa in rete delle competenze o delle informazioni e quali possano essere invece, a riguardo, le problematiche.

Sarà quindi presa in considerazione l'organizzazione dei servizi consultoriali sul territorio, presso i quali è stata svolta una attività di ricerca sul campo, al fine di evidenziare i punti di forza ma anche le problematiche in riferimento alle possibilità di accesso ad essi delle donne straniere. Un'analisi approfondita delle caratteristiche della utenza immigrata presso i consultori è stata condotta a partire dai dati forniti dal servizio flussi informativi dell'E.S.T.A.R. (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale) dell'AUSL Toscana Nord Ovest.²⁷⁹

Ci si soffermerà, quindi, sulle caratteristiche e sulle problematiche dei servizi di mediazione attivati sia presso i presidi ospedalieri che presso l'Azienda Sanitaria

²⁷⁹ L'E.S.T.A.R. (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale) è stato istituito con legge regionale n. 26 del 23 Maggio 2014 e la sua attività è stata avviata dal gennaio 2015, sostituendo i tre ESTAV di Area Vasta Centro, Area Vasta Nord Ovest e Area Vasta Sud Est, al fine di ottimizzare la spesa regionale destinata ai beni sanitari e preservare al contempo "elevati standard di qualità nell'erogazione delle prestazioni". L'Ente è dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica. Ess, inoltre, opera su tutto il territorio regionale ma è articolato in tre sezioni territoriali di Area Vasta: Nord-Ovest, Centro e Sud-Est.

Locale ed affidati alla Cooperativa sociale Arnera. Sarà, in conclusione, approfondito il ruolo svolto sul territorio pisano dalle reti di enti pubblici e del privato sociale nel favorire l'accesso ai servizi sanitari delle donne immigrate, esaminandone le caratteristiche e le specificità ed infine la percezione, così come è emersa dalle interviste agli informatori privilegiati, in riferimento alla integrazione in ambito socio sanitario ed al ruolo svolto delle reti.

Nel corso della ricerca, in ogni caso, è stato possibile riscontrare una situazione in mutamento in relazione ai tagli alla spesa sanitaria. Una profonda riorganizzazione del servizio sanitario toscano è stata avviata, infatti, a partire dal primo gennaio 2016, in base alla legge n. 84 del 28 dicembre 2015 approvata dal Consiglio Regionale.²⁸⁰ L'Asl 5 ambito Pisa della Regione Toscana presso cui la ricerca è iniziata, è stata, così, inglobata nella più ampia Area Vasta Nord Ovest.²⁸¹

7.1 - La presenza straniera femminile in Toscana e a Pisa

La Toscana rappresenta “una delle grandi aree di immigrazione in Italia” (Idos, 2015: 381) e si caratterizza per una maggiore stabilizzazione della presenza straniera rispetto ad altre regioni quali la Campania, come si evince da alcuni indicatori. Fra questi la quota di nuovi nati, superiore alla media nazionale, una maggiore presenza di minori e nuclei familiari legati all' incremento dei ricongiungimenti ed un recente aumento della presenza immigrata anche nelle aree costiere, secondo un processo di redistribuzione sul territorio regionale più omogeneo rispetto al passato (Idos, 2014: 384).²⁸²

In Toscana, come nel resto d' Italia, la presenza straniera diviene visibile nel corso degli anni '70, per poi aumentare significativamente nei decenni successivi

²⁸⁰ Questa ha previsto la riorganizzazione delle dodici Aziende Sanitarie Locali, ai fini della riduzione del numero delle dirigenze. Le dodici ASL presenti in precedenza sul territorio regionale così sono state accorpate in tre Aree Vaste.

²⁸¹ La ex Asl 5 di Pisa era articolata in tre zone distrette, la zona pisana dove è stata svolta la ricerca, la zona della Valdera e l'Alta Val di Cecina. L'area Vasta Nord Ovest invece, fa riferimento all'area territoriale della ex Asl 1 di Massa e Carrara, della ex Asl 2 di Lucca, della ex Asl 5 di Pisa, della ex ASL 12 di Viareggio e della ex ASL 6 di Livorno.

²⁸² I nuovi nati sono stati nel 2013, 5.857 con un'incidenza del 19,9%, superiore alla media nazionale. L'incidenza dei nuovi nati comunque varia fra diverse provincie: Firenze (22,45) e Prato (35,1%) si collocano al di sopra della media nazionale, mentre le altre provincie, fra cui Pisa si collocano poco al di sotto (Idos, 2014)

(Bracci, Valzania, 2010).²⁸³ Alla fine degli anni '90 l'immigrazione presenta nella regione i caratteri di consolidamento e stabilizzazione sul territorio, e rappresenta, oramai, un fenomeno complesso ed articolato. I caratteri e le peculiarità del “modello toscano dell'immigrazione”, nel quale coesistono differenti dimensioni ed aspetti, emergono focalizzando l'attenzione sui contesti territoriali (Berti Valzania, 2010: 63).²⁸⁴ Al cosiddetto “modello dell'industria diffusa”, che richiede manodopera straniera “relativamente stabile” nei distretti industriali e della piccola impresa, si affianca quello delle “economie metropolitane”, nel quale la presenza immigrata si inserisce nel basso terziario, nelle attività di assistenza e cura e nella collaborazione domestica. Vi è, infine, il “modello delle attività stagionali” proprio delle aree turistiche ed agricole, caratterizzato dalla presenza di lavoratori immigrati in tale ambito (Berti Valzania, 2010: 64).

Alla fine del primo decennio del nuovo millennio, il fenomeno migratorio nella regione si presenta “strutturale, complesso e articolato”, caratterizzato dall'aumento di ricongiungimenti familiari, del numero di minori e dall'incremento di nuovi arrivi (Berti, Valzania, 2010: 60).

Nel 2016, tuttavia, per la prima volta dopo decenni di crescita,²⁸⁵ l'aumento degli immigrati sul territorio sembra aver subito una “battuta d'arresto” ed è stato possibile riscontrare, finanche, una lieve diminuzione percentuale in alcune province, fra cui Pisa (dello 0,2%) (Idos, 2016: 381). Tale situazione si ricollega a due “fenomeni concomitanti” ovvero le acquisizioni di cittadinanza, che indicano un maggiore radicamento della popolazione straniera residente²⁸⁶ e gli effetti della crisi economica, che ha rallentato, fino ad annullare, la quota di lavoratori che hanno fatto ingresso nella regione (Idos, 2016: 381).

Tale situazione è per altro confermata da un'analisi dei permessi di soggiorno rilasciati ai cittadini non comunitari, che sono stati nel corso del 2015, 33.400. Di questi la maggioranza, in tutte le province toscane, sono rappresentati da

²⁸³ Nel corso degli anni '80, dal censimento risultano 10.000 immigrati residenti cosicché si sono moltiplicati sul territorio regionale gli studi in ambito migratorio che hanno focalizzato l'attenzione in particolare sui fattori spinti. Negli anni '90 invece le ricerche svolte in questo settore hanno preso in considerazione anche i fattori attrattivi. (Berti, Valzania, 2009: 62).

²⁸⁴ A riguardo si parla di “più toscane” da un punto di vista economico, poiché coesistono zone industrializzate, terziarie ed agricole, che rappresentano contesti in cui si inserisce la presenza straniera.

²⁸⁵ L'aumento della presenza straniera è in ogni caso meno significativo a partire dal 2008, ovvero dall'avvio della crisi economica.

²⁸⁶ Le acquisizioni di cittadinanza al 2015 sono state, 13159, incidendo così sulle statistiche della presenza straniera (Idos, 2016: 381).

permessi di lungo periodo (il 61,2% del totale), indice di radicamento della presenza straniera sul territorio. Approfondendo le motivazioni dei permessi a termine, in ogni caso, si evince come sia particolarmente bassa l'incidenza di quelli per lavoro, che costituiscono nel 2015 solo il 4%, e ben più consistente, invece, quella legata a motivi familiari che rappresentano il 38,6% del totale (Idos, 2016: 382).

Una indagine condotta da Bracci e Valzania ha, per altro, rilevato come negli anni dal 2007 al 2013 i permessi per motivi di lavoro nella regione siano diminuiti considerevolmente, mentre nello stesso periodo la riduzione di quelli legati a ragioni familiari è molto più contenuta (Bracci Valzania, 2015 : 25).

Nella regione gli anni della crisi, come ha evidenziato l'indagine condotta da Bracci e Valzania, hanno influito considerevolmente sui caratteri della presenza straniera, sia in senso quantitativo che qualitativo (Bracci, Valzania, 2015: 33). Da un punto di vista quantitativo l'immigrazione è aumentata ad un ritmo molto più contenuto rispetto agli anni precedenti. Fino al 2008, inoltre, la ripartizione per genere era alquanto equilibrata, sebbene come in altri contesti italiani, vi fossero differenze fra le diverse nazionalità in relazione ai modelli migratori. Negli anni successivi, tuttavia, a causa della riduzione percentuale della componente maschile, osservata in tutte le realtà territoriali della regione, è stato possibile riscontrare una prevalenza di donne.²⁸⁷ In senso qualitativo, è stato rilevato come i flussi in arrivo non siano più legati in prevalenza al lavoro come in passato, ma a motivi di famiglia e ad un "maggiore radicamento" sul territorio dei nuclei familiari (Bracci, Valzania, 2015: 20).

I nuovi nati in Toscana sono stati nel 2015, 5.378 ovvero il 19,6% del totale, una quota superiore rispetto alla media nazionale (rappresentata dal 14,8%), soprattutto in alcune provincie. (Idos, 2016: 467).²⁸⁸ I minori stranieri sul territorio sono invece 83.798 e costituiscono il 21,2% del totale dei residenti stranieri. (Idos, 2016: 456).

Approfondendo i dati più recenti inerenti le fonti statistiche ufficiali si riscontra come gli stranieri residenti in Toscana al 31/12/2016 siano 400.370 e costituiscano il 10,7 % della popolazione totale (percentuale che si pone al di

²⁸⁷ Ciò in virtù del fatto che i settori più colpiti dalla crisi siano stati quelli che impiegavano prevalentemente manodopera maschile (Bracci Valzania, 2015: 20).

²⁸⁸ Le provincie caratterizzate da una maggiore incidenza di nati stranieri al 2015, sono Prato (35,5%) e Firenze (22,2%). (Idos, 2015: 456).

sopra della media nazionale dell'8,3%). Di essi le donne rappresentano il 53,6 % del totale, una incidenza lievemente superiore a quella nazionale del 52,4% (Fonte Istat, 31/12/2016).²⁸⁹

Riguardo le provenienze le prime collettività di stranieri residenti, nella regione, sono rappresentate da Romania (21,1%), Albania (16%), Cina (12,4%) Marocco (6,6%), Filippine (3,3%), Senegal (3%), Ucraina (2,9%) Perù (2,6%) Polonia (2,2%), Sri Lanka, Pakistan, (1,6%), Bangladesh, Nigeria, Macedonia (1,4%). (Rielaborazione dati su fonte Istat, 31/12/2016).²⁹⁰

Tab.7.1 Residenti stranieri in Toscana per nazionalità. Prime quindici nazionalità presenti sul territorio (Fonte Istat, 31/12/2016).

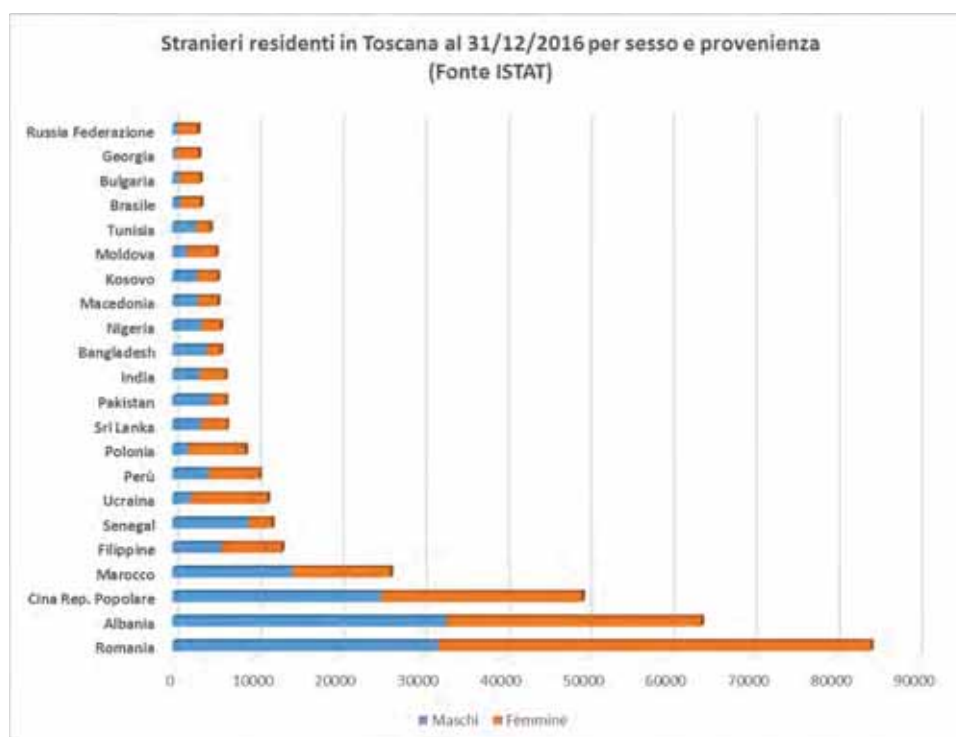
Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale	% su totale residenti Stranieri	% donne
Romania	32144	52273	84417	21,1	61,9
Albania	33121	30811	63932	16	48,2
Cina Rep. Popolare	25247	24286	49533	12,4	49
Marocco	14515	11824	26339	6,6	44,9
Filippine	5924	7255	13179	3,3	55
Senegal	9248	2747	11995	3	22,9
Ucraina	2214	9259	11473	2,9	80,7
Perù	4394	6084	10478	2,6	58,1
Polonia	1935	6854	8789	2,2	78
Sri Lanka	3470	3052	6522	1,6	46,8
Pakistan	4568	1840	6408	1,6	28,7
India	3300	3052	6352	1,6	48
Bangladesh	4202	1598	5800	1,4	27,6
Nigeria	3509	2284	5793	1,4	39,4
Macedonia	3119	2343	5462	1,4	42,9
Altro	34797	49101	83898	21,0	58,5
TOTALE	185707	214663	400370	100	53,6

Analogamente a quanto avviene in altri territori vi sono forti discrepanze in termini di composizione di genere fra immigrati provenienti da diversi paesi.

²⁸⁹ I dati inerenti i residenti stranieri rappresentano la parte più stabile della popolazione immigrata, che non considera gli irregolari e coloro che invece sono in possesso di permesso di soggiorno, ma non sono iscritti alle anagrafi comunali. Se si prendono in considerazione, inoltre, esclusivamente i paesi a forte pressione migratoria i residenti stranieri sono in Toscana 378.478 (il 10,1% del totale) e di questi le donne rappresentano il 53,1 %. (Fonte Istat, Rielaborazione su dati riferiti al 31/12/2016).

²⁹⁰ La maggior parte dei residenti stranieri proviene, dunque, da paesi europei, seguiti da quelli asiatici, africani ed americani (Idos, 2016: 382).

Considerando le collettività più numerose sul territorio regionale, così, la percentuale di donne è particolarmente significativa fra immigrate provenienti da Ucraina (80,7%), Polonia (78%), Moldavia (66%), Brasile (71,5%), Bulgaria (76,3%), Georgia (87,1%), Federazione Russa (80,2%). Comunità prevalentemente maschili sono, invece, quelle provenienti dal Senegal in cui le donne rappresentano il 22,9% del totale, dal Bangladesh (27,6%) e dal Pakistan (28,7%).²⁹¹



Nella regione la maggior parte degli stranieri residenti si concentra, inoltre, nella cosiddetta area della Toscana dell'Arno, che va da Arezzo a Pisa passando per Prato e Firenze, ove sono ubicati i principali distretti industriali,²⁹² i quali,

²⁹¹ Tali percentuali sono state calcolate su di un totale rappresentato da tutti gli stranieri residenti nella regione. (ISTAT; 31/12/2016). Vi sono inoltre collettività, la cui presenza sul territorio è meno consistente da un punto di vista numerico, che sono costituite in gran parte da donne. Fra queste quelle rappresentate da immigrate provenienti da Indonesia (91,3%), Tailandia (89,3), Mozambico (89,9%), Georgia (87,1%), Lettonia (83,9%), Slovacchia (82,2%), Bielorussia (81,32), Estonia (81%), Uzbekistan (80,2%), Lituania (78,4%), Cuba (72,8%), Brasile (71,5%). Fra immigrati filippini le donne costituiscono invece il 55% del totale, e ciò è indicatore di una maggiore stabilizzazione rispetto al passato.

²⁹² In tale area, in ogni caso, gli immigrati si concentrano in prevalenza a Firenze e Prato (Idos, 2015: 381).

tuttavia, hanno perso l'attrattività che avevano negli scorsi anni a causa della crisi (Idos, 2015: 381).²⁹³

Da un'analisi dei dati degli archivi INAIL si evince come in Toscana l'incidenza degli stranieri sul totale degli occupati sia del 18,4 % (valore più alto della media nazionale del 16,8%) e sia rappresentata per la maggior parte da uomini (che corrispondono al 58,1 %).²⁹⁴ La metà dei lavoratori è impegnata nell'ambito dei servizi (143310), poi nell'industria (71.401), e nell'agricoltura (17.852) (Idos, 2016: 384) e essi si concentrano soprattutto nelle provincie di Firenze e Prato. Particolarmente significativa nella regione, anche l'imprenditoria immigrata femminile (Idos, 2016: 385).²⁹⁵

Gli stranieri residenti nella provincia di Pisa sono invece, in base ai dati I.S.T.A.T. 41.241 ovvero il 9,8% della popolazione e di questi il 51,4% è rappresentato da donne (Dati Istat al 31/12/2016).²⁹⁶ Considerando esclusivamente i paesi a forte pressione migratoria, le prime quindici collettività sono rappresentate da Albania (21,7%), Romania (16%), Senegal (11,1%), Marocco (8,7%), Filippine (5,2%), Cina (3,7%), Ucraina (3,5%), Polonia (2,7%), Macedonia (2,5%), Bangladesh (2,2%), Georgia (2,1%), Bulgaria (1,6%), India (1,6%), Nigeria (1,4%), Moldavia (1,3%), (Rielaborazione su Fonte Istat al 31/12/2016)²⁹⁷

La provincia di Pisa è rappresentata da un territorio molto ampio che, come ha evidenziato Bontempelli, "comprende" almeno "quattro sistemi economici locali" rappresentati dalla zona della Valdera, la Valdicecina, la Zona del Cuoio²⁹⁸ e l'area pisana propriamente detta (Bontempelli, 2003: 21). In tali

²⁹³ In base ai dati statistici inoltre, gli immigrati in Toscana sono in prevalenza di religione cristiana (49,8%), e fra questi il 26,7% sono ortodossi, il 18 % cattolici, il 4,5% protestanti. (Idos, 2016: 382).

²⁹⁴ In base ai dati dell'archivio dell'INAIL gli stranieri che hanno lavorato almeno un giorno nel 2015 sono 251713 (Idos, 2016: 384).

²⁹⁵ La quota di rimesse dalla regione è diminuita negli anni della crisi ed è attualmente diretta soprattutto verso la Cina, la Romania, le Filippine il Senegal ed il Bangladesh. Per approfondimenti si rimanda a Idos, 2016: 385.

²⁹⁶ I residenti stranieri provenienti esclusivamente da paesi a forte pressione migratoria nella provincia di Pisa sono 39.296 (il 9,3% del totale), di cui 51,% donne.

²⁹⁷ Queste percentuali fanno riferimento ai residenti stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Rielaborazione su finte ISTAT).

²⁹⁸ La cosiddetta "zona del cuoio" comprende i comuni di Santa Croce sull'Arno, San Miniato ove le principali attività economiche sono rappresentate dalla produzione di scarpe o dalla lavorazione delle pelli. Tali territori rappresentavano aree attrattive in passato da un punto di vista lavorativo per gli stranieri, ma hanno risentito della crisi economica, come ha evidenziato il Dott. Paletti, Referente del settore immigrazione della Caritas pisana (Intervista a Paletti, 2015). Per il referente

territori differenti fra loro da un punto di vista economico, demografico e sociale si assiste ad una “diversa tipologia di inserimento delle comunità migranti” (Bontempelli, 2003: 21).

Tab.7.2 Residenti stranieri in provincia di Pisa, provenienti da paesi a forte pressione migratoria, al 31/12/2016 (Rielaborazione su dati Istat)

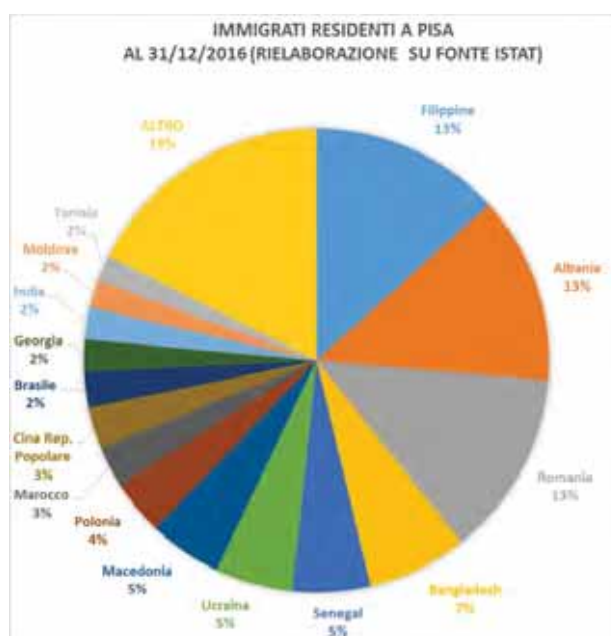
Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale dei Residenti stranieri	% donne
Albania	4385	4134	8519	21,7	48,5
Romania	2337	3970	6307	16	62,9
Senegal	3293	1080	4373	11,1	24,7
Marocco	1906	1529	3435	8,7	44,5
Filippine	946	1103	2049	5,2	53,8
Cina Rep. Popolare	740	730	1470	3,7	49,7
Ucraina	236	1137	1373	3,5	82,8
Polonia	194	879	1073	2,7	81,9
Macedonia	509	479	988	2,5	48,5
Bangladesh	631	227	858	2,2	26,5
Georgia	113	695	808	2,1	86
Bulgaria	105	529	634	1,6	83,4
India	279	333	612	1,6	54,4
Nigeria	363	197	560	1,4	35,2
Moldova	169	343	512	1,3	67
Brasile	171	307	478	1,2	64,2
Tunisia	308	156	464	1,2	33,6
Pakistan	318	92	410	1	22,4
Altro	2114	2259	4373	11,2	51,6
TOTALE ZONA	19117	20179	39296	100	51,4

I nuovi nati nella provincia di Pisa nel corso del 2015 sono stati 595, ovvero il 17,6 % del totale (Idos, 2016: 467), mentre i minori sono 8.660 e rappresentano 21,3% del totale dei residenti stranieri (Idos, 2016: 456)

Presso il comune di Pisa, invece, gli stranieri residenti sono 12.189 e rappresentano il 13,5% della popolazione. Di questi le donne rappresentano il

della Caritas gli immigrati espulsi da tale sistema economico, senegalesi, maghrebini o dall' Est Europa, sovente trovano lavoro in attività precarie nella città di Pisa, ad esempio come ambulanti o parcheggiatori abusivi (Intervista a Paletti, Referente del settore immigrazione della Caritas Pisa, 2015).

53%.²⁹⁹ Considerando le provenienze si evince come il territorio cittadino sia caratterizzato da una presenza differente di immigrati, in termini di nazionalità, rispetto a quella provinciale e regionale. La collettività più numerosa è, infatti, quella filippina (che rappresenta il 13,3% del totale), seguita poi da Albania (13,1%), Romania (12,9%), Bangladesh (7%), Senegal (5,4%), Ucraina (5,4%), Macedonia (5,1%), Polonia (3,8%), Marocco (2,9%), Cina (2,8%), Brasile (2,5%), Georgia (2,2%), India (2,2%), Moldavia (1,9%), Tunisia (1,8%).³⁰⁰



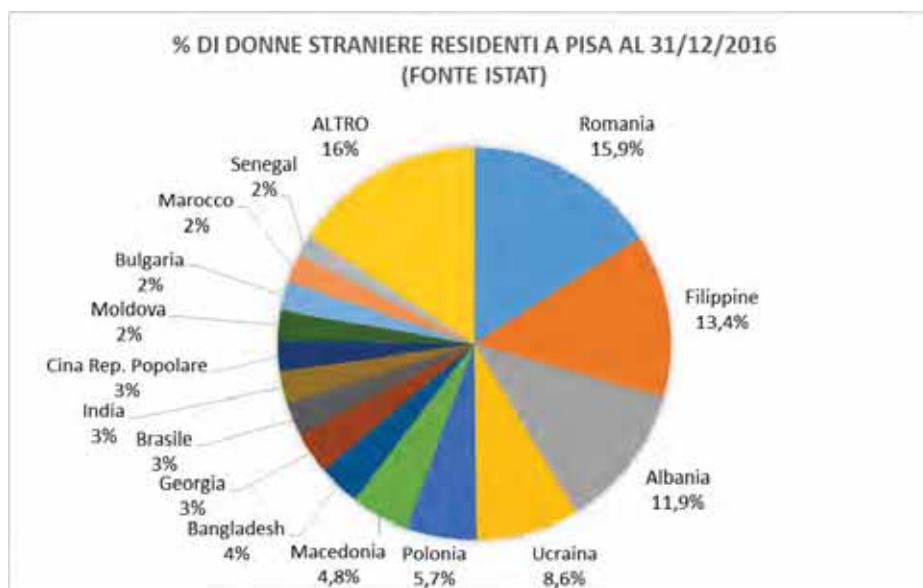
Considerando che alcune collettività di immigrati sono caratterizzate da una maggiore presenza femminile si desume che le immigrate residenti a Pisa, originarie di paesi a forte pressione migratoria provengono in prevalenza da Romania (15,9% del totale), Filippine (13,4%) Albania (11,9%), Ucraina (8,6%), Polonia (5,7 %), Macedonia (4,80%). Significativa, inoltre, anche se in maniera meno consistente, la presenza femminile originaria da Bangladesh (3,51%), Georgia (3,40%), Brasile (2,81%), India (2,60%), Cina (2,59%), Moldavia (2,41%), Bulgaria (2,41%) e Marocco (2,38%)³⁰¹ e tali collettività sono inoltre

²⁹⁹ I residenti stranieri provenienti esclusivamente da paesi a forte pressione migratoria nel il comune di Pisa sono 11.654 (il 12,9% del totale). Di questi le immigrate costituiscono il 53%. (Fonte Istat, al 31/12/2016). Per approfondimenti si rimanda alla Tabella 33 allegata in Appendice.

³⁰⁰ Per approfondimenti si rimanda alla Tabella 33 allegata in Appendice.

³⁰¹ Tali percentuali sono state calcolate sul totale rappresentato da residenti provenienti da paesi a forte pressione migratoria.

seguite da Senegal, Nepal, Tunisia, Russia.³⁰² (Rielaborazione su dati Istat al 31/12/2016)



La quota di immigrate sul territorio cittadino è, dunque, considerevole, esse provengono soprattutto dall'Europa dell'Est e dalle Filippine. Le attività più facilmente reperibili sul territorio cittadino coinvolgono le donne straniere, prevalentemente in ambito domestico o in attività di assistenza e cura ad anziani e bambini (Osservatorio sociale provinciale immigrazione- Centro Nord Sud, 2005: 19), come nel caso delle immigrate filippine ed ucraine, per le quali le condizioni e le possibilità di accesso ai servizi saranno approfondite nei capitoli successivi.

³⁰³

La città di Pisa, infatti, è basata soprattutto su di un economia legata al terziario, che non offre un tessuto industriale “in grado di assorbire manodopera straniera” in maniera stabile, cosicché gli immigrati si inseriscono in prevalenza nei servizi domestici, nell' edilizia e nella ristorazione (Bontempelli, 2003: 30).³⁰⁴

³⁰² Per approfondimenti si rimanda alla Tabella 34 allegata in Appendice.

³⁰³ La popolazione straniera, in base alle indagini condotte dall' Osservatorio provinciale immigrazione (2005) era al 2005 considerevolmente aumentata anche a seguito delle sanatorie degli anni precedenti e nel comune di Pisa si concentrava, soprattutto nel centro storico e in quartieri degli immediati dintorni come Cisanello e Fiorentina, o in alcune periferie fra cui Ospedaletto e Coltano a forte insediamento di ROM (macedoni). L'osservatorio ha riscontrato come nel 2005 fosse aumentata soprattutto la componente europea (il 50% di tutti gli immigrati residenti), e in particolare quella proveniente dai paesi dell'Europa dell'est, (soprattutto dall'Albania) (Osservatorio sociale provinciale immigrazione- Centro Nord Sud, 2005: 21)

³⁰⁴ Nella città, gli immigrati sono impiegati anche nell'ambito del commercio, come nel caso dei cinesi e bengalesi che hanno avviato numerose attività economiche soprattutto nella zona

Nel tempo, pertanto, la presenza straniera femminile, nella città, è divenuta più consistente rispetto a quella maschile (Osservatorio sociale provinciale immigrazione, Centro Nord Sud, 2005: 19).³⁰⁵

Una parte della presenza straniera a Pisa, inoltre, come è emerso dalle interviste agli informatori privilegiati, è inserita in diversi settori nell'ambito dell'economia informale (quali il turismo, il commercio, il lavoro domestico o di assistenza e cura) (interviste a Bontempelli, Presidente di Africa Insieme, e Paletti, referente Caritas Immigrazione, 2015). Vi sono poi alcuni immigrati impiegati in quella che può essere definita l' "economia della movida" serale, rappresentata da attività rivolte a giovani e studenti universitari (minimarket, venditori di "birra al secchio") (Intervista a Bontempelli, Associazione Africa Insieme, 2015). Questi rappresentano una fascia marginale della presenza straniera del territorio, che è inserita nel "sommerso" in una sorta di zona "grigia", "minoritaria", ma al contempo particolarmente visibile e pertanto al centro di ampi dibattiti politici e strumentalizzazioni come rileva Bontempelli (Intervista a Bontempelli, Presidente di Africa Insieme, Pisa, 2015).

Una quota consistente di stranieri è, per altro, rappresentata da rom, macedoni o rumeni, che si concentrano nei campi del territorio.³⁰⁶

adiacente alla stazione (Intervista Paletti, Referente settore immigrazione della Caritas, Pisa, 2015).

³⁰⁵ L'osservatorio provinciale nella indagine condotta nel 2005, rilevava come nella città "la presenza straniera avesse visto il "progressivo affermarsi delle donne sugli uomini, sebbene, come nel resto d'Italia fra le collettività presenti sul territorio alcune fossero in prevalenza maschili. L'immigrazione nella città inoltre, in base a tale indagine era caratterizzata da una età alquanto giovane (32,4 anni in media, oltre 14 anni in media in meno della popolazione italiana) (Osservatorio provinciale immigrazione, 2005: 19). Significativa era, così, fra le straniere residenti, "la proporzione di donne in età feconda", il 73% delle quali aveva un'età compresa fra i quindici ed i quarantanove anni. L'incidenza di famiglie nel territorio cittadino tuttavia restava particolarmente bassa, poiché la maggioranza degli immigrati circa il 69%, era solo, mentre poche erano in proporzione le coppie o le famiglie con figli (appena un figlio ogni cinque famiglie), ed altrettanto poco significative le coppie miste (che rappresentavano l'1,1%) (Osservatorio provinciale immigrazione, 2005:21). Ciò si poteva ricollegare secondo l'analisi dell'osservatorio al fatto che l' "economia dei servizi pisani" assieme alle difficoltà nel settore abitativo, non facilitassero la "tendenza a richiamare le famiglie lasciate nei paesi di origine o a formarne delle nuove sul territorio. (Osservatorio provinciale immigrazione- Centro Nord Sud, 2005: 21) Per l'osservatorio infatti la città si caratterizzava per "un'economia di servizi (di grandi servizi ad alto tasso di qualificazione) e quasi completamente terziaria, con poca manifattura, e con settori dell'agricoltura e dell'allevamento "pressoché assenti", e pertanto, non offriva alte possibilità d'occupazione agli immigrati. (Osservatorio sociale provinciale immigrazione- Centro Nord Sud, 2005: 19)

³⁰⁶ I rom sul territorio sono rappresentati da quelli "provenienti dalla ex Jugoslavia" costituiti, come ha evidenziato Bontempelli da un "primo piccolo gruppo di bosniaci" arrivati negli anni '80 ed "un gruppo più consistente quasi esclusivamente di Kosovari e Macedonia", arrivati in seguito ai conflitti bellici nella ex Jugoslavia, che si sono insediati "nei campi regolari" o "semi regolari"

Particolarmente problematica, inoltre, per gli stranieri come hanno evidenziato diverse indagini locali, è la questione abitativa (Osservatorio sociale provinciale dell'immigrazione, 2005; Bontempelli, Campioni, Ciani, Mei, 2003). Il mercato abitativo, infatti, sul territorio, si presenta fortemente segmentato, in quanto una parte degli appartamenti in locazione è riservata agli studenti universitari, un'altra alle famiglie, mentre gli stranieri hanno accesso ad una "quota residuale e dequalificata dell'offerta abitativa", a prezzi elevati. (Bontempelli, Campioni, Ciani, Mei, 2003: 24).³⁰⁷

In riferimento alle politiche nei confronti dell'immigrazione del territorio pisano si sono succedute fasi alterne, di maggiore o minore apertura, alle volte contraddittorie. Alla fine degli anni '90, come riscontrava una ricerca condotta dall'associazione Africa Insieme relativa alle politiche territoriali, accanto ad una "volontà di apparire a favore di una società multietnica e multiculturale" vi era nell'ambito dell'amministrazione al contempo una "insofferenza politica" nei confronti di "coloro che presentavano le problematiche dell'immigrazione" (Bontempelli, Campioni, Ciani, Frugoni, Mei, 2003: 16).³⁰⁸

Numerose sono, in ogni caso, le progettualità realizzate sul territorio. Mei e Bontempelli, tuttavia, hanno messo in rilievo, come all'ingente quota di risorse

(Intervista a Bontempelli, Presidente di Africa Insieme, 2015). Accanto ad essi vi sono poi i rom rumeni, giunti sul territorio successivamente, che "si sono sparpagliati in piccoli gruppi" in "campetti, spontanei", sovente sgombrati dall'amministrazione. Fra i campi rom sul territorio vi sono quello di Coltano "regolare e controllato", della Bigattiera, che è stato dichiarato abusivo dall'amministrazione ed un ulteriore grande campo abusivo in Via Maggiore Oratorio (Intervista a Bontempelli, Presidente di Africa Insieme, 2015). Nei confronti dei rom le politiche sono state caratterizzate da contraddizioni e fasi differenti. Particolare significativa è stata, nel tentativo di favorire l'inserimento abitativo delle popolazioni rom, l'esperienza del progetto "Città sottili", realizzato nell'ambito della Società della Salute. Il progetto, che prevedeva il reinserimento abitativo delle popolazioni rom del territorio pisano e la chiusura dei rispettivi campi nomadi, è stato avviato nel 2002 ed è stato chiuso nel 2009, suscitando un ampio dibattito a riguardo.

³⁰⁷ In base ad una indagine condotta nel 2005 l'osservatorio provinciale della città riscontrava come fra le collettività presenti a Pisa, fosse "più problematica" l'integrazione di cinesi e macedoni, ma anche di senegalesi e immigrati provenienti dal Bangladesh, accentrati in pochi quartieri. I residenti originari da paesi dell'Est Europa (Romania Ucraina e Polonia) risultavano, invece, più "diffusi sul territorio", mentre quelli provenienti da Filippine, Albania e Marocco si ponevano in una posizione intermedia. (Osservatorio sociale provinciale immigrazione- Centro Nord Sud, 2005: 22)

³⁰⁸ Nell'ambito di tale indagine si mettevano in luce le problematiche legate alle politiche istituzionali sia degli enti locali che della questura. In base ad essa ai considerevoli finanziamenti destinati a diversi settori dell'immigrazione, come progetti nell'ambito di iniziative "interculturali" o dell'alta marginalità, nel sostegno a enti del terzo settore e rappresentati da una pluralità di iniziative "slegate fra loro" (Mei, Bontempelli, 2003: 29), o non ha corrisposto un ruolo significativo volto a favorire l'integrazione della popolazione straniera (Mei, Bontempelli, 2003: 30).

stanziare non abbia corrisposto un impegno politico volto a favorire nel complesso la presenza straniera (Bontempelli, Campioni, Ciani, Frugoni, Mei, 2003: 27). In ambito amministrativo, piuttosto si è affermata, sovente, la “retorica” securitaria, per la quale l’immigrazione è concepita quale problematica di “ordine pubblico” (Mei, Bontempelli, 2003: 27). Retorica securitaria che è stata riaffermata, come si evince dalle interviste agli informatori privilegiati, dall’attuale amministrazione³⁰⁹ e che ha portato alla chiusura di progettualità considerate a livello nazionale particolarmente innovative, come il Progetto Città Sottili rivolto alle popolazioni rom (Intervista a Bontempelli, Presidente di Africa Insieme 2015 e a Zappolini, presidente del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, 2015).

Ciò che caratterizza, in ogni caso, il contesto toscano e pisano da un punto di vista politico è la consapevolezza che le problematiche legate all’immigrazione debbano essere affrontate in una prospettiva trasversale, che tenga conto delle diverse dimensioni del fenomeno, in maniera integrata.

Il welfare toscano, hanno evidenziato, a riguardo, Bracci e Valzania, si caratterizza per un approccio integrato ed onnicomprensivo volto a rispondere alla totalità dei bisogni della persona (Bracci, Valzania, 2015: 88). La Legge regionale sull’immigrazione, n. 29 del 2009 “Norme per l’accoglienza, l’integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana”, in particolare, come hanno rilevato i due ricercatori, ha “affermato il primato della persona” ed “il riconoscimento dei suoi diritti inviolabili” considerando il “complesso mondo delle migrazioni” quale “fattore di arricchimento e di crescita sociale ed economica” (Bracci, Valzania, 2015: 87).³¹⁰ Questa norma, inoltre, ha ridisegnato il sistema di *governance* regionale nel suo complesso, attraverso l’istituzione di “nuovi strumenti” di “programmazione delle politiche migratorie”, ovvero un *Piano di indirizzo integrato per le politiche sull’immigrazione* di durata quinquennale e un *Piano annuale* di intervento (Bracci, Valzania, 2015: 88). In base ad essa alla Regione in particolare spettano funzioni di programmazione, coordinamento, indirizzo e controllo degli interventi (Berti, Valzania, 2010: 69).

³⁰⁹ L’attuale amministrazione comunale, guidata dal sindaco Filippeschi, è stata eletta nel 2013 ed è, in ogni caso, legata a partiti di centro sinistra.

³¹⁰ La Legge regionale 29/09 è sorta da un processo di “costruzione dal basso” che ha visto la partecipazione dell’associazionismo, dei sindacati, dell’Assemblea dei migranti in Toscana (Berti, Valzania, 2010: 68). (Berti Valzania, 2010: 69).

Sul territorio è possibile, così, riscontrare un'attenzione alla dimensione della integrazione degli interventi socio sanitari e della creazione di reti sia nell'ambito dell'immigrazione che in quello della governance socio – sanitaria, attraverso un modello di sanità regionale caratterizzato da una istituzione “inedita” in termini di partecipazione, quale la Società della Salute (Cervia, 2014: 234).³¹¹ Il contesto toscano, in tal senso, si differenzia considerevolmente da quello campano (Bottari, Foglietta, Vandelli, 2013; Femiano, Pelliccia, in corso di pubblicazione). Ci si può chiedere, pertanto, come tali aspetti possano influire sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari delle immigrate e quali siano in tale ambito, le differenze con la Campania ed in particolare con il territorio napoletano.

Andiamo quindi a considerare il modello di sanità toscano ed in particolare le sue ricadute a livello territoriale, focalizzando, poi, l'attenzione sulle specificità della realtà pisana.

7.2.- Il modello di governance della sanità toscana e il ruolo della Società della Salute

Il modello di governance della sanità toscana rientra nella tipologia di quelli definiti di “cooperazione ed integrazione” fra organizzazioni sanitarie, come hanno evidenziato Bottari, Vandelli e Figlietta (Bottari, Figlietta, Vandelli, 2013: 25). Esso si caratterizza, infatti, per l'attenzione prestata agli aspetti della integrazione fra l'ambito sociale e sanitario, che lo differenzia dalla gestione di

³¹¹ Da un punto di vista delle politiche sanitarie in ambito di immigrazione per l'accesso ai servizi di immigrati regolari ed irregolari, oltre alla legge regionale L.R. n. 29/2009, vi sono altri documenti legislativi particolarmente importanti. Fra questi vi è il Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione 2012-2015, approvato con la Delibera del Consiglio regionale n. 20/12, che ricalca l'impianto contenuto nel Testo Unico nazionale sull'immigrazione e nel suo regolamento di attuazione (DPR 394/1999).

La Giunta Regionale inoltre con delibera n. 1139 del 9 dicembre 2014, ha recepito l'Accordo Stato Regioni e Province Autonome n. 255 del 20 dicembre 2012 “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome” ed ha approvato le “Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana”. Vi è poi il Piano Sanitario e Sociale Integrato 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 91 del 5 novembre 2014, al quale rinviano sia il piano di indirizzo integrato che le Linee Guida regionali per l'assistenza sanitaria. Questo in particolare nel paragrafo 2.2 regola “L'accesso ai servizi della popolazione immigrata” “prevede per la prima volta una forte integrazione tra aspetti prettamente sanitari (quali screening, lotta ai tumori, rete ospedaliera, rischio clinico, malattie croniche, materno infantile, ecc.) ed aspetti sociali (diritti di cittadinanza, il diritto alla casa, il contrasto alla fragilità e alla disuguaglianza). Il Piano ha fra i suoi obiettivi quello di favorire l'accesso ai servizi, in condizione di equità, anche degli stranieri e “facilitarne i percorsi di salute”. (Bracci, Valzania, 2015: 88, 89).

altri servizi sanitari regionali. Integrazione resa possibile, come ha evidenziato Femiano, anche dall' esistenza a livello regionale di un unico assessorato "*Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria*" ed unica Direzione Regionale "*Diritti di cittadinanza e coesione sociale*" che presidia i due diversi ambiti (Femiano, Pelliccia, in corso di pubblicazione)³¹² A livello territoriale, invece, questa dimensione può essere demandata, come nel caso di Pisa, al ruolo svolto dalla Società della Salute, consorzio pubblico volto a promuovere la partecipazione dei cittadini e degli enti del privato sociale al governo ed alla gestione sanitaria (Cervia, 2014), seppure non manchino delle criticità.³¹³

La riforma organizzativa della sanità toscana avviata nel 2016 con la legge regionale n. 84 (che modifica la legge 40 del 2005) ha previsto un processo di ampio mutamento, con la riduzione del numero delle Aziende Sanitarie ed il rafforzamento della "integrazione con le Aziende Universitarie nell' ambito dell'Area Vasta" (Damone, Innocenti, Picchioni, Turco, 2016). Gli assi portanti della riforma sono relativi soprattutto alla programmazione di Area vasta ed al potenziamento delle zone distretto, che rappresentano i livelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari più prossimi alla cittadinanza. Un ruolo importante è poi, assegnato ai Dipartimenti interaziendali di area Vasta (D.I.A.V.) ed al Piano operativo di Area Vasta che rappresenta lo strumento principale della programmazione (Damone, Innocenti, Picchioni, Turco, 2016: 867).³¹⁴ Questa riforma, nasce con l'intento di adeguare il sistema sanitario regionale ai tagli alla spesa sanitaria "in base ai criteri di appropriatezza equità e sostenibilità" (Damone, Innocenti, Picchioni, Turco, 2016: 865)³¹⁵ ma la riorganizzazione in corso è al centro di ampi dibattiti.

³¹² Femiano M., Pelliccia R., *Il percorso di integrazione: le esperienze della Campania, della Toscana e del Veneto in I quaderni del Master Socio sanitario dell'Università Federico II di Napoli (in corso di pubblicazione)*

³¹³ Al momento vi sono sul territorio Toscano ventuno Società della Salute e tredici Zone Distretto senza Società della salute. In quest' ultimo caso è stato previsto dalla Legge Regionale 40/2005 che tutti i comuni della zona Distretto e le Aziende Usl di riferimento debbano sottoscrivere, ai fini della integrazione socio sanitaria, una convenzione.

³¹⁴ Inizialmente l'organizzazione di Area Vasta faceva riferimento all' amministrazione di beni, servizi e personale nell'ambito dei tre ESTAV del territorio. Con la riforma invece gli ESTAV sono stati aboliti e riuniti in un unico ente che però ha tre articolazioni territoriali, l' ESTAR. Le dodici ASL presenti sul territorio invece sono state raggruppate nelle tre Aree Vaste Nord Ovest, Centro e Sud EST. Nel POAV Piano Operativo di Area Vasta si esplicitano le azioni e gli obiettivi tenendo conto del Piano socio sanitario integrato e degli indirizzi della Conferenza dei sindaci di Area Vasta (Damone, Innocenti, Picchioni, Turco, 2016: 867)

³¹⁵ Tale riforma, secondo Damone, Innocenti, Picchioni, Turco nasce in risposta alle leggi 189 del 2012 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di

La Toscana, in ogni caso, come è stato rilevato in numerose indagini, può essere considerata “una delle regioni più virtuose” anche in riferimento all’attenzione prestata per la salute degli immigrati, sia in termini di “programmazione sanitaria” che per l’“impatto delle politiche” (Barsanti, Bonciani, 2016: 83; Geraci, Bonciani Martinelli, 2010; Bonciani Graci Marinelli, 2011). La Regione ha per altro, introdotto dal 2004 un sistema di valutazione delle performance dei servizi sanitari volto ad “orientare la gestione” delle risorse e dei risultati “in maniera consapevole”, nel quale, oltre ai criteri di qualità appropriatezza e efficienza si prende in considerazione anche il principio di equità (Bonciani, Barsanti, 2016: 109). Sono stati inseriti pertanto, nella valutazione annuale dei risultati dei servizi sanitari degli “indicatori di equità” (Nutti, Barsanti, 2011). Fra questi ve ne sono alcuni che fanno riferimento all’ambito materno infantile e sono relativi alle donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria, per le quali sono prese in considerazione il numero di visite ed ecografie effettuate, la percentuale di visite dopo la dodicesima settimana o la percentuale di coloro che hanno fatto durante la gravidanza meno di quattro visite. Ciò, come hanno ribadito Bonciani e Barsanti, ha consentito di “individuare le problematiche per ogni territorio” e di promuovere iniziative volte a ridurre le disuguaglianze fra madri italiane e straniere nell’ambito del percorso nascita. Sono stati, ad esempio, avviati “processi di trasformazione organizzativa” per far fronte alle barriere linguistiche (ad esempio con l’ausilio di mediatrici professionali) o realizzate attività informative con materiali plurilingue (Barsanti Bonciani, 2016: 110).

Barsanti e Bonciani, inoltre, si sono proposte di indagare le eventuali differenze fra le madri toscane ed immigrate in riferimento all’accesso ai servizi sanitari durante il percorso nascita, focalizzando l’attenzione sui certificati di assistenza al parto e sulle IVG, che rappresentano un ambito particolarmente problematico per le immigrate. Dall’analisi delle Schede CEDAP è emerso come la percentuale di coloro che non effettuano nessuna visita in gravidanza (benché sia maggiore fra le immigrate regolari ed irregolari rispetto alle italiane) sia molto bassa e dunque irrilevante, mentre un ambito critico “da monitorare” resta quello relativo all’accesso tardivo ai servizi sanitari. Fra le italiane, infatti, sono poche le

tutela della salute” e della legge 135 del 2012 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica” Damone, Innocenti, Picchioni, Turco, 2016: 865)

donne che effettuano al prima visita dopo la dodicesima settimana, mentre fra le straniere queste rappresentano l'11% e fra le irregolari in possesso di tessera S.T.P. tale percentuale raddoppia. Dalla indagine è emerso, comunque, come negli anni si sia ridotta la differenza fra i gruppi in riferimento all' utilizzo dell' offerta prenatale (in passato il numero medio di visite e di ecografia in gravidanza effettuato dalle italiane era nettamente superiore rispetto alle straniere). (Barsanti Bonciani, 2016: 107).³¹⁶ Le studiose hanno, inoltre, riscontrato che le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e le irregolari con tessera STP si rivolgono in prevalenza, durante la gravidanza, ai consultori del territorio regionale, a differenza delle italiane che fanno ricorso, soprattutto, ai ginecologi privati (Barsanti Bonciani, 2016: 105). I servizi consultoriali, infatti, sono divenuti, negli anni sempre più un punto di riferimento per le utenti straniere nell'ambito del percorso nascita ed anche nel periodo post-parto, sebbene persistano delle disuguaglianze in riferimento all' accesso ai corsi preparto, a cui le immigrate partecipano di rado (Bonciani, Barsanti, 2016: 105). Ciò per le ricercatrici può essere considerato come un dato positivo, dal momento che l'attività di tali strutture è volta proprio a favorire i percorsi e l'accesso di coloro che sono in una situazione più svantaggiata (Barsanti Bonciani, 2016: 105).

La ricerca condotta da Barsanti e Bonciani (2016), in ogni caso, ha messo in rilievo come per la popolazione immigrata in Toscana permangano situazioni di disuguaglianza che possono ricollegarsi al ruolo svolto dai determinanti sociali di salute, ma anche a problemi inerenti l'accesso ai servizi sanitari (Barsanti Bonciani, 2016: 107). Gli immigrati infatti, che si rivolgono alle strutture sanitarie soprattutto per questioni fisiologiche come il parto o per eventi accidentali

³¹⁶ Nella ricerca sono state analizzate anche le schede di dimissione ospedaliera ed è emerso come dal 2010 al 2014 vi sia stata una diminuzione dei parti totale, sebbene tale riduzione abbia riguardato per il 40 % degli STP, il 14% fra le italiane mentre fra le immigrate provenienti da paesi a forte pressione migratoria vi è stato un aumento del 6%. Le IVG, che hanno ribadito le ricercatrici sono una delle principali cause di ricovero fra immigrate, sono diminuite sebbene la tale riduzione abbia riguardato soprattutto le donne STP (si è passati dal 7% al 5%) mentre è stato possibile riscontrare un lieve aumento fra donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (dal 35% al 36%) e fra le italiane in linea con il contesto nazionale (Barsanti Bonciani, 2016: 102). Al 2014 le madri immigrate in Toscana provenivano in prevalenza da Albania (19%), Romania (18%), Cina (15%) e Marocco (10%). (Barsanti Bonciani, 2016: 101).

Dall' analisi delle schede di dimissione ospedaliera, inoltre, si evince come nel 2014 nella regione l'età media delle italiane fosse più bassa rispetto a quella delle italiane (33,6 rispetto a 28,8), pur essendo aumentata rispetto agli anni precedenti. Inoltre fra le italiane, che hanno in media un livello di istruzione superiore delle straniere vi era una maggiore quota di donne occupate, anche se questo dato si differenzia in base alla cittadinanza. (Barsanti, Bonciani, 2016: 100 – 103).

(traumi) (Barsanti Bonciani, 2016: 107), possono essere considerati una utenza particolarmente “fragile”. Alcune problematiche secondo le ricercatrici, fanno riferimento al maggior ricorso ai ricoveri in urgenza ed a quelli legati alle IVG nel caso delle donne o ad eventi traumatici e a problematiche psichiatriche, per gli uomini.

L’impiego di indicatori di equità rappresenta, così, per le ricercatrici, sia una occasione per valorizzare le buone pratiche che per una “maggiore responsabilizzazione delle risorse da parte delle amministrazioni” (Barsanti Bonciani, 2016: 112), sebbene molto si dovrebbe ancora fare in termini di “programmazione degli interventi” (Barsanti Bonciani, 2016: 112).

Andiamo adesso a considerare il contesto territoriale Pisano focalizzando l’attenzione sul ruolo svolto dalla Società della Salute.

7.2.1- La Società della Salute e le progettualità rivolte alle immigrate

A Pisa gran parte delle progettualità che riguardano la salute delle immigrate sono definite e gestite nell’ambito della Società della Salute.

La Società della Salute, consorzio pubblico di cui sono titolari le Aziende Sanitarie locali e i comuni, istituito con legge regionale di disciplina del servizio sanitario Nazionale (l. n. 40/2005 e modificata dalla l. n. 60/2008), nasce dall’intento di individuare una soluzione organizzativa adeguata per la presa in carico integrata dei bisogni sociali e sanitari della persona. Pisa è uno dei primi territori dove tale istituzione è stata realizzata in via sperimentale fin dagli inizi del 2000.³¹⁷ La legge n. 60/2008 ha, poi, sancito la fine della fase di sperimentazione trasformando questi enti in organismi istituzionali interessati alla “programmazione ed alla gestione” dell’ambito socio sanitario (Cervia, 2014: 238).

Da un punto di vista organizzativo e strutturale le Società della Salute prevedono diversi organi, quali una Assemblea dei Soci, un Presidente, una Giunta esecutiva,

³¹⁷ La Società della Salute è stata introdotta in via sperimentale dal Piano Sociale integrato 2002 – 2004 e dal Piano Sanitario Regionale 2002 -2004 con l’Atto di indirizzo regionale per l’avvio di della sperimentazione della Società della salute del 2003.

un collegio sindacale ed un Direttore.³¹⁸ Ad essi si affiancano, poi, organismi di partecipazione della cittadinanza rappresentati dal Comitato di Partecipazione costituito da rappresentanti della comunità locale,³¹⁹ ovvero dall'utenza dei servizi, dalla Consulta del Terzo settore, che coinvolge le organizzazioni del volontariato e del terzo settore "maggiormente rilevanti sul territorio"³²⁰ e le Agorà della salute, aperte a tutta la cittadinanza.

Il consorzio concorre a definire il Piano Integrato di Salute, mettendo in rete in maniera formalizzata soggetti ed enti dell'ambito sanitario ma anche del privato sociale, cosicché rappresenta, come ha evidenziato D. referente, al 2015, della Direzione e Programmazione della Società della Salute Zona Pisana,³²¹ una sorta di "centro direzionale" dei servizi presenti sul territorio.³²²

Attraverso il Piano Integrato di Salute, che sostituisce il Piano operativo di Zona, ed il Piano Sociale di Zona, sono definiti gli obiettivi di salute e benessere, ne sono determinati gli standard quantitativi e sono attivati gli strumenti per la valutazione del loro raggiungimento.

³¹⁸ L'Assemblea dei soci è composta dal Direttore Generale della USL, dal sindaco o da un componente della giunta di ogni comune presente. Il presidente ha funzioni di rappresentanza, mentre il Direttore è anche responsabile della zona distretto.

³¹⁹ Il Comitato di Partecipazione è "composto da membri nominati dalla Giunta della SdS nell'ambito della comunità locale, rappresentanti delle utenze dei servizi e delle associazioni di tutela". Il Presidente è eletto fra i diversi membri e il comitato elabora e presenta proposte di governo, esprime pareri sulle prestazioni erogate, sulle tematiche inerenti i diritti dei cittadini, sul Piano Integrato di Salute, sulla relazione annuale e redige un rapporto annuale sull'attuazione del PIS (Piano Integrato di Salute). Il Comitato inoltre, può utilizzare i dati epidemiologici del territorio.

³²⁰ La Consulta del Terzo settore inoltre, partecipa al Piano Integrato di Salute e fornisce pareri e proposte prima della sua approvazione, fermo restando "il diritto degli enti" che prendono parte ad essa "di essere erogatori di servizi previsti dal Piano Integrato di Salute".

³²¹ L'intervista a D., è stata svolta nel 2015 quando era referente della direzione e programmazione della Società della Salute Zona Pisana. Attualmente la persona intervistata non fa più parte dello staff della Società della Salute.

³²² La Società della Salute governa la attività socio assistenziali, socio sanitarie territoriali e specialistiche di base. Essa è responsabile della loro attuazione e interviene così sui determinanti di salute. Oltre a compiti di programmazione assume le funzioni direzionali che la Legge regionale 40/2005 attribuisce al responsabile di zona ed alle strutture di coordinamento, detta gli indirizzi ad aziende sanitarie e comuni per le funzioni loro attribuite e per la organizzazione, disciplina la gestione dei servizi, assicura l'erogazione delle prestazioni attraverso i servizi gestiti da Azienda sanitaria e Comuni, e contribuisce a definire un sistema di valutazione in termini di qualità e compatibilità per individuare soggetti terzi erogatori cercando di valorizzare gli enti del no profit presenti sul territorio e della "comunità". A tal fine essa adotta i seguenti atti: il contratto di servizio fra Società della Salute e enti costituenti; il Piano Integrato di Salute, una Relazione annuale sullo stato di salute; un Bilancio Preventivo annuale e pluriennale di esercizio, un Budget preventivo e consuntivo. Tala istituzione in particolare promuove le "modalità di partecipazione della comunità locale alla progettazione ed al controllo delle attività, l'omogenea definizione dei criteri e delle modalità di erogazione dei servizi sociali e sanitari, degli standard di qualità delle prestazioni. E' promotrice, inoltre, di accordi con le amministrazioni, con i presidi ospedalieri e dell'integrazione delle attività del Piano Integrato di Salute con il Dipartimento Prevenzione.

Le sorti della Società della Salute sono divenute, in ogni caso, da qualche anno incerte. La sentenza n. 326 della Corte di Costituzionale del 2010, infatti, ha delegittimato la forma giuridica di tali organismi, nati come consorzi pubblici, respingendo il ricorso della Regione Toscana contro la Finanziaria del 2010 che disponeva la “soppressione di consorzi di funzioni fra enti locali”. La risoluzione n. 219 del 2013 del Consiglio Regionale ha stabilito così, la necessità a livello regionale di superare tale organizzazione entro il marzo del 2014.³²³ Le Società della Salute, tuttavia, restano attive e sembra che non vi sia la volontà politica di smantellarle. In seguito alla riorganizzazione dell’assetto sanitario toscano a partire dal 1 dicembre 2016, che ha ridotto considerevolmente il numero delle Aziende Sanitarie accorpate in tre Aree vaste, sembra, finanche che il ruolo di tali istituzioni risulti rafforzato, in quanto rappresentano gli enti più prossimi al territorio ed alla cittadinanza (Intervista D., referente della SDS zona Pisana, 2015; Intervista a Paletti, referente del settore immigrazione della Caritas pisana, 2015).

A riguardo sono significative le parole di D., referente della Società della Salute il quale al 2015 sosteneva: *“No, no, lo stato della Società della Salute attualmente è stabile! Non è in via di smantellamento! Soprattutto quella pisana.”* (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Fra i principi ispiratori della Società della Salute vi è *“l’idea”* che *“l’integrazione socio-sanitaria e lavorare sulla salute”* sia *“centrale per la popolazione del territorio”*, come ha evidenziato D. Idea che si coniuga, a quella *“di programmare insieme! [...] di utilizzare i budget, i denari, in maniera integrata!”*³²⁴ Il referente, sostiene, infatti:

“La Società della Salute nasce per occuparsi principalmente dell’integrazione socio- sanitaria. [...] Il progetto della Società della Salute nasce da un’esigenza a livello regionale e poi trova qui sul territorio degli interpreti. Quindi questa era l’intuizione! [...] sull’onda del Decreto Legislativo n. 229 della Bindi e poi della 328 del 2000, dalla metà-fine anni ‘90, nasce il Distretto Integrato. La Regione Toscana fa un passo in avanti... “Facciamo la Società della Salute, facciamo un consorzio pubblico tra i Comuni e la ASL, in cui si governi e si programmi insieme”, non solo il sociale, il socio - sanitario e la sanità territoriale, ma anche tutti quei determinanti non sanitari che hanno a che vedere con la salute, in riferimento all’ OMS, alla Carta di Ottawa etc. In realtà noi nasciamo con una forte impronta partecipativa, sia istituzionale che sul livello

³²³ Per approfondimenti a riguardo si rimanda a Cervia S., 2014

³²⁴ Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015.

della sussidiarietà orizzontale, del Terzo Settore.” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Presso la Società della Salute Pisana, così, si istituiscono tavoli di lavoro organizzati per ambiti tematici, fra cui quello dell’immigrazione, inizialmente “molto attivi”. Essi hanno dato vita infatti a progettualità innovative e sperimentali, come ha evidenziato il referente della programmazione e Direzione della Sds pisana, sostenendo:

“Si fanno una serie di percorsi partecipativi [...]. Nasce la Consulta del Terzo Settore, articolata per tavoli anche sulla scia di una serie di convegni di settore: sui minori, sulle dipendenze, sulle marginalità etc... E cominciamo a programmare! (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Significative inoltre a riguardo le parole di Zappolini primo presidente della Consulta del Terzo Settore che ribadisce:

“L’intuizione è una intuizione molto bella, perché [la Società della Salute] è nata per creare una sinergia fra pezzi del pubblico. Noi abbiamo il sociale, il sanitario che erano due mondi che non parlavano fra loro e poi il terzo settore e il volontariato. Enrico Rossi il nostro Presidente della Regione, quando era sindaco di Pontedera e poi è diventato Assessore alla Sanità, ha scoperto nel suo territorio, qui, che sinergia era possibile fra realtà del Terzo Settore e una politica intelligente, che unisce i mondi! E ha creato questo come un modello! Che secondo me è la traduzione migliore della 328, se portata in fondo! Quella era la vera sintesi! Creare una struttura territoriale socio – sanitaria con l’apporto fondamentale anche del terzo settore, che difendesse la centralità del pubblico e favorisse le reti” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

Nei primi tempi, come è emerso dalle interviste, tale iniziativa ha suscitato grande entusiasmo da parte degli enti del terzo settore, fra cui quelli impegnati nell’ambito dell’immigrazione e in progetti inerenti la salute delle immigrate. Il primo presidente della Consulta del Terzo Settore, Don Armando Zappolini inoltre ha evidenziato come nelle fasi iniziali tale istituto abbia consentito la creazione di una forte sinergia fra diversi ambiti del sociale e del sanitario :

“La Società della Salute è una proposta creata dal pubblico, alla quale il nostro mondo ha risposto con una grande partecipazione! Perché cento - otto sigle che nell’area pisana si iscrivono per far parte della Consulta ... e chi più chi meno, ma comunque, partecipano, con la quota associativa, i conti, le commissioni [...] Vi erano 108 associazioni che erano parte della Consulta delle Associazioni della Società della Salute dell’area pisana, di Pisa e dei comuni introno a Pisa [...] E lì nella Consulta con fatica, si è creata [...] Gli anni che ero io Presidente... si è creata una bella sinergia fra volontariato e cooperazione sociale. Questo giro è stato molto efficace perché ha creato questa sinergia!” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

La partecipazione del Terzo Settore, inoltre, era inizialmente garantita anche da un punto di vista organizzativo. Zappolini a riguardo evidenzia:

“Per diversi anni sono stato Presidente della Consulta, sedevo come uditore ed assistevo nella Giunta della Società della Salute. Quindi c’era una sinergia molto forte fra la parte politica gestionale e questa parte di rappresentanza! Infatti la Società della Salute, ora ha avuto un po’ di rallentamento, ma il progetto originario secondo me rimane molto valido perché mette insieme ... un po’ nello spirito della 328 ... mette insieme tutta una rete di volontariato attivo accreditato, quindi senza fini di lucro, non con interessi privati, ma senza fini di lucro... Però con una capacità non solo di esecuzione dei servizi e dei progetti, ma anche di concorrere alla lettura, alla programmazione, in rete... Per me per diversi anni, è stato un lavoro molto bello ed anche molto stimolante! Siamo stati insieme noi e i sindaci a protestare in prefettura per i tagli al welfare! Quindi c’era grande sinergia!” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

Da una indagine condotta da Cervia che ha messo a confronto le attività delle Società della salute in diversi territori della Toscana è emerso come quelle realizzate sul territorio di Pisa e del Mugello, si distinguano in positivo rispetto alle altre, sia per gli aspetti “procedurali” che per la “dimensione strutturale” (Cervia, 2014: 252).³²⁵

La Società della Salute pisana, attiva nel realizzare tavoli di lavoro e progettualità innovative, dalla fine del primo decennio del nuovo millennio, a seguito di tagli al budget ed al personale, tuttavia, ha visto ridursi le possibilità di programmazione come ha ribadito D. referente della direzione e programmazione al 2015 che, a riguardo, sostiene:

“Attualmente non c’è la cornice del Piano Integrato della Salute [...] Diciamo che poi c’è stata una trasformazione, sia a livello istituzionale che poi nelle pratiche. Quindi attualmente l’impianto partecipativo, così come è nato, non esiste; esistono dei tavoli, delle reti, esistono delle procedure di co-progettazione, ma un vero e proprio percorso partecipativo diciamo che è stato, non abbandonato, ma è in corso di rielaborazione... Anche perché se noi nasciamo per programmare e la Regione ormai da anni non fa più il Piano Integrato di Salute, è difficile chiamare il terzo settore! Però c’è un’attività permanente in rapporto col terzo settore! Quindi attualmente il rapporto con il Terzo settore è molto legato a progetti [...] alla co-progettazione[...] Si parla di programmazione molto meno!” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

³²⁵ L’analisi condotta da Silvia Cervia, in particolare, ha preso in considerazione le Società della Salute nell’ambito di una più ampia indagine inerente le forme di partecipazione dei cittadini in sanità, evidenziando i punti di forza ma anche le possibili criticità in riferimento a tale soluzione organizzativa innovativa. Cervia ha così rilevato come le esperienze realizzate in diversi territori regionali legate alla Società della Salute possano essere alquanto eterogenee ed ha individuato alcune possibili dimensioni di confronto, in termini di partecipazione, legate sia ad aspetti procedurali che strutturali. Per approfondimenti si rimanda a Cervia, 2014: 233 – 255.

Gli ultimi anni, così come è emerso dalle interviste, sembrano caratterizzati da una attività di programmazione meno rilevante e da una minore vivacità ed attività dei tavoli di lavoro, sebbene si prosegue a lavorare nell'ambito della progettazione. A riguardo l'ex referente della direzione della Società Salute sostiene:

“C'è un contorno di soggetti del terzo settore molto attivi, con i quali continuamente c'è un rapporto! Ma non parlerei di programmazione! Parlerei di progettazione, parlerei di ideazione comune anche. A volte davvero facciamo progetti innovativi insieme, ma la cornice della programmazione è molto labile, e non è un bene; non è un bene! E non è, voglio dire, ascrivibile solo ai nostri amministratori, c'è anche una cornice di risorse finanziarie sempre più magra e quindi diventa davvero difficile! (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Vi è stata, pertanto, nell'ultimo periodo, una “interruzione” del percorso che era stato inizialmente avviato come ha rilevato l'ex referente della Società della Salute pisana:

“Dal 2007...dal 2008 si è andata spegnendo l'esperienza! L'esperienza purtroppo si è interrotta! [...] C'è una rete che si attiva... Diciamo che si attiva su una co-progettazione, su dei problemi, su delle cose! Io credo tra l'altro che la partecipazione così come l'avevamo impostata, non potremo più sostenerla... siamo un terzo di quelli che eravamo! [...] Però quel coinvolgimento che poteva portare alle grosse innovazioni ... devo dire che forse non c'è neanche più un terzo settore disponibile a fare queste cose! Questi ci investivano un sacco di tempo! Tempo che non era remunerato! E ora il terzo settore 'ha margini ridottissimi! [...] Di fatto ad un certo punto c'è stata una compressione delle funzioni” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Interruzione che, in ogni caso, come si evince dalle parole di D. può ricollegarsi ad un mutamento nelle politiche volte alla programmazione ed alla realizzazione di progettualità innovative. A riguardo infatti D. sostiene:

“C'è stato un cambiamento [...] Questa attività forte di programmazione si è interrotta! Un cambiamento nelle politiche. [...] Penso ci sia stato proprio un passo indietro rispetto alla partecipazione, [...] Il problema è che quando la politica fa un passo indietro, il campo lo pigliano i tecnici... quindi al budget seguono le responsabilità funzionali che fanno il budget, che alla fine diventa l'unico atto di programmazione! Però niente di partecipato! E' diventato un esercizio molto burocratico, fatto molto bene, molte volte!” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Dalle interviste, inoltre, sono emersi i punti di forza e di debolezza di tale istituzione. Fra i primi il favorire dinamiche partecipative della cittadinanza e le

sinergie fra diversi ambiti, che come ha rilevato Zappolini, incoraggiano le “capacità di comunicazione”.

Uno dei punti di debolezza della esperienza della Società della Salute, tuttavia, ha rilevato l'ex presidente della Consulta del Terzo settore, si ricollega alla gestione che restava ancorata in ogni caso, all' ambito sanitario, riducendo l' incisività politica e la capacità di attuare interventi innovativi scaturiti dai percorsi partecipativi. A riguardo di Zappolini ribadisce come la “vera sinergia mancata è stata nel portare il budget sanitario dentro il socio – sanitario!” Sostiene, infatti:

“La Società della Salute che ha avuto Pisa è una delle migliori, ma anche Pontedera... E' che a livello regionale, davanti ai potentati sanitari non si è avuto il coraggio di dire “Beh! I soldi li gestisce la Società della Salute che è sanitaria e sociale. Questo è un po' il limite! Lì, sono gli interessi dei primariati sanitari, delle grandi lobby! Perché chiaramente per loro, noi del terzo settore siamo i dilettanti che vengono a voler mettere bocca nel mondo dei professionisti. In realtà non sono stati capaci di portare fino in fondo le intuizioni della Società della Salute. [...]” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

La gestione del budget ha rappresentato uno dei limiti della Società della Salute, ha rilevato Zappolini che riguardo ribadisce:

“La Giunta ristretta era costituita dal Direttore della Asl, dal Presidente della Società della Salute e dal Direttore della Società della Salute quindi... loro tre erano ... Poi però lì chi aveva il budget era il direttore della ASL, dell'Azienda Sanitaria, quindi poi il limite grosso è stato quello ... Il vero obiettivo mancato che avrebbe consolidato la Società della Salute in modo strutturale era che il governo della politica, che il sindaco rappresentava, potesse avere accesso al budget della sanità! Questo non è avvenuto! E qui era la montagna ... e si è fermata, ecco! Questo ha ridotto quelle che erano le potenzialità che la Società della Salute poteva avere.” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

L'assenza presso i tavoli di lavoro e discussione delle grandi cooperative, Misericordia, Pubblica Assistenza, Croce Rossa, inoltre faceva sì che i finanziamenti loro riservati non passassero per la Società della Salute.

“Per cui” rileva Zappolini “parli sempre, ma dentro il venti per cento del budget, quindi incidi poco!” ribadendo inoltre:

“La politica non è stata capace di metter tutto in questo lavoro! Questa è una grossa debolezza, perché molte volte noi si faceva un percorso molto partecipato, molto bello però in realtà arrivavi al 20% del budget dei costi e forse neanche! Per cui, secondo me, è una cosa che funziona se ci si crede davvero! E non tanto per la struttura! [...] La Società della Salute avrebbe dovuto affrontare e superare questo scoglio e dire “No la ASL è uno dei soggetti, con i comuni dentro! C'è il Presidente della Società della Salute che gestisce il tutto!”. In realtà questo non è avvenuto in modo strutturale e ha decretato la limitatezza

dell'efficacia del progetto della Società della Salute” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

Un ulteriore limite rilevato dall'ex presidente della Consulta del terzo settore è legato alla difficoltà dei percorsi partecipativi avviati nell' ambito della Società della Salute di incidere a livello politico e sulle linee e le direttive degli enti locali, A riguardo rileva:

“Un altro grosso limite per la Società della Salute è [...] che tu fai una rete integrata, che fa percorsi importanti e che però non ha nessuna voce su chi decide, sulle scelte politiche! Quindi questo è un altro grosso limite!” (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

Tale problematica può influire sulla realizzazione di servizi, progettualità che rientrano in ambiti fortemente politicizzati quale quello dell'immigrazione ed in riferimento a ciò Zappolini ribadisce:

“Uno dei problemi in riferimento agli stranieri è che c'è bisogno di un intervento strutturale, di una cooperazione, quindi di una cosa strutturata e poi c'è bisogno di una rete di volontariato che collega i mondi, che esprime anche professionalità, però che ha uno sguardo anche diverso! ... Tenere insieme questa macchina qui è più difficile! E' stato più facile tenere insieme noi diversi, che il pubblico! Perché la sanità con i comuni, con il sociale ... Il vero scontro è sempre stato lì. [...] Ma secondo me questi progetti, nati in anni precedenti, sono stati affossati da una mancanza di condivisione politica dei governi degli ultimi anni della città. Perché in fondo tutti quei soldi spesi, potevano produrre una lettura del fenomeno che dava soluzioni diverse! In realtà mentre si spendevano milioni per i rom, si faceva l'ordinanza contro chi chiedeva l'elemosina in Corso Italia! (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

Per il presidente della Consulta degli immigrati in ogni caso la Società della salute ha consentito di intravedere una “strada” in riferimento alle possibilità integrazione fra diversi ambiti, che modificata a partire dai suoi limiti, potrebbe rappresentare un modello da replicare:

“Diciamo che si è intravista una strada! Si è praticata una strada che ha dato dei frutti e che però fa capire che quelli che potrebbe dare sono molti di più! Però ha dato dei frutti! [...] Quel modello della Società della Salute di Pisa di alcuni anni fa, corretto di queste due cose, il budget lo gestisce tutto e la politica ascolta quello che noi eleggiamo, io lo metterei come modello nazionale! E sarei sicuro che produrrebbe allo stesso costo buoni risultati! Perché è un'occasione che potrebbe dare, parlando di welfare... Io sono anni che ho smesso di parlare di welfare parlando di etica e di buon cuore, parlo di welfare parlando di bilanci e di economia. Penso che con gli stessi soldi si potrebbe davvero produrre molto di più e dare risposte molto efficaci ai problemi delle persone! Con i soldi che si spendono ora! Ma c'è una dispersione e una mancanza di una visione di sintesi! Uno strumento come questo, che mette in rete sanitario, sociale pubblico e privato sociale crea una sinergia! Insomma si è creato un sistema dei sportelli

per immigrati delle Asl, ci sono delle risposte [...] specialmente sul piano dei servizi, degli operatori, cosa che la politica non ha recepito. Però sul piano dei servizi sì! (Intervista a Zappolini, C.N.C.A., Pisa, 2015)

Nell'ambito dell'immigrazione, in particolare, sono stati realizzati nel tempo, diversi sportelli sul territorio, sebbene mutamenti di direzione politica abbiano inciso in questo settore. A riguardo D, rileva:

“Diciamo che un ruolo forte della politica nei confronti dell'immigrazione è molto più prudente ... e siamo diventati molto più prudenti anche tecnicamente!” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Ai tavoli di lavoro inerenti l'immigrazione particolarmente attivi in passato, inoltre, non prendevano parte le associazioni di stranieri presenti sul territorio, sebbene alcuni immigrati partecipavano ad essi in qualità di operatori, come ricorda D. ribadendo:

“C'erano tanti immigrati al tavolo, certo, ma come operatori, come professionisti, questo sì ed era sicuramente una cosa utile! C'è stato un tavolo molto attivo, che ha prodotto una serie di servizi molto innovativi nel tempo.” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Nell'ambito più specifico della tutela della salute femminile, sono stati realizzati servizi, sportelli gestiti da organizzazioni del terzo settore che lavorano in convenzione con la Società della Salute, e per il settore materno infantile, in particolare, sono stati attivati diversi percorsi formativi, brochure informative redatte in più lingue ed è previsto un servizio di mediazione a chiamata. A riguardo D. ribadisce:

“Per il materno infantile, in realtà poi...eh sì. Ma, c'è tanto servizio di mediazione e gli sportelli stessi fungono anche da punti di invio. Abbiamo fatto tanta formazione agli operatori, tanta! Formazione a operatori sociali, sanitari” Ci sono strumenti anche rivolti agli immigrati in cartaceo tradotto. Debbo dire che questo poi è la sostanza delle cose che possiamo fare! E poi nei distretti c'è del materiale plurilingue che viene dato alle donne! Ma lì c'è davvero un'attività del consultorio ormai tradizionale” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)

Presso la Società della Salute, inoltre, si è costituita una rete di accoglienza formalizzata fra i diversi enti impegnati nell'ambito della violenza di genere, attraverso un protocollo tra i servizi territoriali, fra cui i consultori e l'azienda ospedaliera, con un'attenzione specifica per le “donne straniere”.

Sono state, inoltre, elaborate a riguardo delle linee guida la cui redazione ha coinvolto, il terzo settore, i servizi sociali, i servizi socio – sanitari ovvero i

consultori come ha evidenziato il referente della Società della Salute che, a riguardo ribadisce *“Questa è una cosa unica secondo me!” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015)*

Dalle interviste è emersa pertanto, una importante sinergia con i servizi consultoriali del territorio nel favorire le possibilità di accesso ai servizi delle donne immigrate.

7.3 - L'organizzazione dei consultori dell'A.U.S.L. Toscana Area Nord Ovest ambito Pisa

L'organizzazione dei servizi consultoriali della zona pisana dell'A.U.S.L. Toscana Area Nord Ovest³²⁶ è considerevolmente diversa da quella della realtà napoletana, soprattutto per quanto attiene alle modalità di accesso dell'utenza immigrata.

Nell'ambito territoriale pisano, in particolare, vi sono cinque consultori, le cui attività si svolgono sia la mattina che il pomeriggio. Alcuni di essi, si rivolgono ad una utenza sia italiana che straniera e sono organizzati secondo la logica dell'“accompagnamento”³²⁷ prevedendo per le immigrate, in caso di necessità, il ricorso ad un servizio di mediazione culturale “a chiamata”. Questi sono rappresentati dal consultorio principale di Via Torino, a Pisa e da quelli ubicati nelle località di Marina di Pisa, Navacchio e San Giuliano Terme. Ad essi si affianca, poi, l'attività del “consultorio immigrati” situato presso il quartiere popolare del C.E.P. di Pisa³²⁸, sorto come progetto sperimentale più di venti anni fa. A tale servizio fa riferimento l'utenza immigrata più problematica, irregolare, clandestina o di etnia rom presente sul territorio. Le donne più integrate, che sono

³²⁶ Al momento in cui la ricerca è stata avviata, nel 2014, i consultori della zona pisana facevano parte dell'ex ASL 5 di Pisa, che corrispondeva al territorio della città di Pisa ed i comuni immediatamente limitrofi. Dal primo gennaio 2016, tuttavia, in seguito alla riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla legge regionale n. 84/2015, l'ASL 5 di Pisa ed i suoi consultori sono stati inglobati nella più ampia Area Vasta Nord Ovest. Dal momento che la ricerca, in ogni caso, ha focalizzato l'attenzione sulla realtà pisana, si è deciso di far riferimento comunque ai consultori dell'ambito Pisa che rientravano nella precedente ASL e che sono qui indicati come “consultori dell'AUSL Toscana Area Vasta Nord Ovest - ambito Pisa”.

³²⁷ Si rimanda alle categorie organizzative in ambito sanitario rivolte alle immigrate elaborate da Tognetti Bordogna (2004), e presentate nel Capitolo IV.

³²⁸ CEP è un acronimo che fa riferimento a “Coordinamento di Edilizia Popolare”, con il quale si fa riferimento ai quartieri di case popolari costruiti in molte città italiane dalla fine degli anni Quaranta agli anni Sessanta del Novecento.

in una situazione di regolarità per il soggiorno e non hanno particolari difficoltà linguistiche o relazionali sono invece indirizzate a seguire i percorsi e le possibilità offerte dagli altri consultori presenti sul territorio. Le immigrate che accedono a questi servizi, dunque, possono seguire percorsi differenti in base al livello di integrazione.

Nell'ambito della ricerca è stata svolta, analogamente alla città di Napoli, un'attività di osservazione, presso il Consultorio principale di Pisa, ubicato in Via Torino, dove sono presenti gli uffici della dirigenza ed al quale afferisce una considerevole utenza immigrata, e presso il servizio dedicato alle immigrate, che svolge le sue attività il giovedì pomeriggio presso il CEP.³²⁹

Le attività consultoriali, usufruiscono di un servizio informativo per cui i cinque consultori dell'ambito pisano sono collegati a livello informatico, con la possibilità di registrare le prenotazioni delle utenti su di apposite cartelle mediche informatiche, che raccolgono tutte le informazioni socio anagrafiche e quelle inerenti le prestazioni mediche delle pazienti. Ciò differenzia ulteriormente i servizi consultoriali dell'ambito pisano da quelli della realtà napoletana, ove i dati delle utenti sono raccolti su cartelle cartacee.

Presso i consultori, inoltre, è possibile ritirare il "Libretto di gravidanza", distribuito alle donne in attesa, sul quale sono delineati tutti gli esami e le visite che dovranno eseguire. Si può ritenere che, soprattutto nel caso delle donne immigrate, così, il libretto possa rappresentare un ausilio ed una guida nella comprensione dei percorsi medici previsti durante tale delicata fase.³³⁰

In riferimento alla situazione dei consultori sul territorio, la responsabile ha rilevato come un momento di svolta in positivo si sia verificato con la costituzione delle "Unità Funzionali Consultoriali" e l'erogazione da parte della Regione

³²⁹ In questo caso la mia presenza era giustificata, nel corso delle attività consultoriali facendo riferimento ad attività di studio (in quanto ero presentata come studentessa). Avevo, inoltre, la possibilità di svolgere l'attività di osservazione presso il consultorio con un apposito cartellino nel quale era indicato il mio ruolo, di dottoranda dell'Università di Napoli.

³³⁰ I consultori del territorio, sono impegnati in attività inerenti il disagio familiare sociale e psicologico, la genitorialità consapevole e il sostegno alla responsabilità familiare, l'affido e le adozioni, l'educazione affettiva e sessuale, gli screening oncologici, il percorso nascita e l'assistenza successiva al parto, l'assistenza alla procreazione responsabile e alla contraccezione, i percorsi Interruzione Volontaria Gravidanza, gli interventi rivolti agli adolescenti ed agli immigrati, la mediazione familiare, la prevenzione ed il trattamento degli abusi sulle donne e sui minori, la menopausa. Per approfondimenti si rimanda al sito <http://www.uslnordovest.toscana.it/index.php/guida-ai-servizi/112-consultori-2>

Toscana come sancito dalla Delibera 259 del 2006, di un ingente investimento finanziario volto alla riqualificazione di tali servizi.³³¹

Tale mutamento ha rappresentato, come ha ribadito la Dott.ssa Trimarchi,³³² una sorta di “rivoluzione” per i servizi dei consultori, che in precedenza facevano parte delle attività distrettuali o rientravano nel Dipartimento Materno Infantile e rappresentavano “poliambulatori” privi di una équipe stabile. A riguardo la responsabile ricorda:

“Prima ai consultori, se non dal materno infantile, ci andavano quelli dell’ospedale e un giorno ci andava uno, un giorno ci andava un altro [...] C’erano degli operatori, c’era la ginecologa, c’era l’ostetrica, volendo ci poteva essere una consulenza esterna con l’assistente sociale e lo psicologo, altri operatori ... Però era sempre una cosa non codificata, esterna. Le figure fondamentali erano solo la ginecologa, l’ostetrica ed in più la mediatrice [...] Avevano come responsabile il primario di ginecologia ed ostetricia e diventavano dei poliambulatori e basta!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

I consultori sul territorio regionale, inoltre, ha evidenziato la responsabile, a causa delle molteplici “difficoltà” in cui versavano “avevano perso gran parte del ruolo” così come era stato “stabilito nel POMI” ed “avevano poca forza contrattuale.” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015). Gran parte delle attività svolte presso i servizi, che si “autogestivano”, erano così, delegate alla “sensibilità” del responsabile.

Dal 2006 la Regione Toscana con la Delibera 259³³³ ha avviato un percorso di rivalutazione volto a restituire da un punto di vista politico, “dignità”

³³¹ In riferimento alla denominazione quali unità funzionali, la Dott.ssa Trimarchi ha evidenziato come non sia stata definitiva unità operativa “perché” questa “non ha budget” bensì “funzionale”, “*perché funzionale al budget*” (Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

³³² La Dott.ssa Trimarchi ha iniziato la sua attività nel 1986 lavorando sia nell’ambito del privato sociale che fin dall’87 nei servizi territoriali dei consultori regionali.

³³³ Con il DGR n. 259/2006 è stato avviato sul territorio toscano un processo di riqualificazione dell’attività consultoriale, assieme ad interventi formativi per gli operatori territoriali. Un’attenzione particolare nella delibera è dedicata nello specifico alla popolazione immigrata, con l’intento di promuovere una “cultura dei servizi” e prevenire il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza. Ulteriori riferimenti normativi volti alla riqualificazione dei consultori sono, poi, rappresentati dalla DGR n. 874/2007, la DGR n.1139/2008, la DGR n. 696/2009, la DGR n. 1139/2009 e la DGR 1172/2010. Alcuni interventi della Regione sono rivolti nello specifico alla salute riproduttiva delle donne immigrate. La DGR 1039/2008 e la DGR 696/2009 infatti, hanno focalizzato l’attenzione sulla prevenzione oncologica, sulla prevenzione e cura delle Mutilazioni Genitali Femminili e sulla riduzione delle IVG. La Delibera 1227 del 2011 invece, è intervenuta in ambito materno infantile con il Progetto regionale “Buone pratiche per la salute materno-infantile” che ha previsto l’implementazione del sistema dei flussi in ambito materno infantile”, dando attuazione alla “scelta regionale di utilizzare flussi informatizzati in sostituzione di quelli cartacei” e realizzare alcune azioni formative. Ciò in base al presupposto che come affermato nella Delibera i “flussi cardine dell’area materno-infantile costituiti da quelli dedicati al Certificato di Assistenza

a tali servizi, a partire dalla loro riorganizzazione strutturale in “Unità Funzionali Semplici”. Per ognuna di esse, infatti, è stato previsto un territorio, un responsabile, un “budget”, una équipe affidabile, “fissa e al completo” ed inoltre come ricorda la responsabile:

“tutta una serie di obiettivi, responsabilità ed anche la capacità e possibilità da parte del responsabile di organizzare i servizi in una determinata maniera, per seguire sempre di più quello che era il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile). [...] E così in tutte la ASL, in tutte le zone, perché c'è la Società della Salute che divide le zone... E ha dato delle direttive, un regolamento, per cui l'unità funzionale deve avere questo, questo, deve fare questo, questo e quest'altro e se i Direttori Generali non avessero fatto questo, non avrebbero avuto i soldi (che per altro, in teoria bisognava investirli tutti sul consultorio)! (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Il budget stanziato dalla Regione per la costituzione delle Unità funzionali semplici è stato considerevole ed articolato in due tranche di finanziamenti, di cui la seconda vincolata alla realizzazione delle principali attività. A riguardo la Dott.ssa Trimarchi ricorda:

“Hanno dato ... credo che fosse circa per l'azienda di Pisa ...forse erano intorno ai 250.000 Euro. Un bel budget! Alcuni hanno fatto le mura del consultorio, altri hanno preso il responsabile ed hanno assunto il personale che mancava dalle cooperative [...] altri hanno comprato l'ecografo, perché era l'unica cosa che gli mancava (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Alcuni dei finanziamenti regionali, stanziati anche negli anni successivi, erano volti alla realizzazione di attività formative o informative nell'ambito dell'immigrazione e di progettualità rivolte alle donne straniere, come ha raccontato la responsabile delle Unità Funzionali consultoriali:

“Non erano cifre grossissime, ma abbiamo fatto delle campagne contro le Mutilazioni Genitali Femminili, sulla prevenzione delle IVG. Noi il primo anno abbiamo fatto i contraccettivi gratis con i soldi della Regione e poi la nostra azienda ha continuato a darci un certo budget tutti gli anni. Dopo la 259, i primi anni, abbiamo avuto finanziamenti proprio per le donne straniere, perché la prevenzione delle mutilazioni, quello è per le donne straniere! La prevenzione delle IVG ripetute, quella è per le donne straniere! La contraccezione gratis è

al Parto, Interruzione Volontaria di Gravidanza, Attività Consultoriali e Aborto Spontaneo” rappresentino una “fonte privilegiata di dati”. La Delibera Regionale 192 del 2010 invece fa riferimento alla prevenzione delle IVG.

principalmente per le donne straniere!” Questo è stato sicuramente un cambiamento positivo!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Una particolare attenzione è stata rivolta alle attività formative per medici ed operatori sanitari, come ha ribadito la Dott.ssa Trimarchi evidenziando:

“Tutti gli anni si formano con qualche corso di aggiornamento, come sulla normativa. Hanno fatto anche corsi più ampi sulla comunicazione con donne straniere... Ma cambiando l’etnia cambia tutto! Ora più che altro un aggiornamento sulla normativa.” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Il sostegno e l’aggiornamento fornito dall’Ufficio Immigrati della USL è, in ogni caso, di fondamentale importanza per far fronte a situazioni complesse o problematiche inerenti le utenti straniere, ha rilevato la responsabile dell’Unità Funzionale sostenendo:

“Fortunatamente abbiamo l’ufficio stranieri della USL che se abbiamo necessità ci supporta, se c’è qualche situazione strana ... ci danno la normativa, ci danno delle dritte. Poi ci inviano cose per mail, quindi ci tengono aggiornati!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

L’attività di mediazione culturale presso l’Azienda Sanitaria ed i consultori pisani è stata assegnata, in seguito ad un bando di gara, ad una Cooperativa Sociale del territorio l’Arnera, prevedendo la possibilità di un servizio “a chiamata” in caso di necessità per tutti i consultori e la presenza fissa di una mediatrice culturale per il consultorio immigrate. Questa è stata scelta di lingua macedone al fine di facilitare il rapporto con l’utenza rom, considerata più problematica delle altre in termini relazionali.

Per la mediazione a chiamata è necessario redigere una apposita richiesta indirizzata alla Cooperativa Arnera, sebbene si faccia ricorso ad essa solo nelle situazioni più problematiche e soprattutto in riferimento a difficoltà linguistiche, mentre più frequentemente le immigrate si organizzano in maniera autonoma, facendo riferimento alla mediazione “informale” di familiari o connazionali. A riguardo la responsabile dei consultori pisani, rileva:

“Negli ultimi sei mesi non ho mai... non c’è mai stato bisogno, perché gli operatori parlano tutti inglese, francese, si fanno capire ed è difficile che vengano persone che non siano accompagnate e non conoscono assolutamente la lingua. Può succedere per le filippine, Bangladesh e soprattutto per le cinesi. (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

Presso il consultorio immigrati, invece, sono previste dieci ore settimanali, per la mediazione culturale, che sono suddivise fra l'attività dell'ambulatorio del giovedì pomeriggio e quelle infrasettimanali di uno sportello informativo, ubicato nella sede del servizio, sebbene per problematiche legate al budget il servizio negli ultimi anni non è continuativo.

In passato l'attività di mediazione era organizzata in maniera differente e le ore previste per il consultorio immigrati, che erano incluse, inizialmente, nel progetto sperimentale, sono state, nel tempo, progressivamente ridotte.³³⁴ La mediatrice che afferiva al consultorio dedicato, inoltre, di origine somala, era assunta con un contratto Co. Co. Co. ma è stata costretta a lasciare tale attività per i tagli alla spesa e la riorganizzazione delle attività, come ricorda la responsabile la Dott.ssa Trimarchi:

“C'era una mediatrice fissa che a quel tempo era somala, eritrea e parlava diverse lingue ... quindi copriva un'ampia gamma di utenza. Poi, con i cambiamenti dei contratti, che sono avvenuti nel 2009, 2010 il tipo di contratto che era quello di cooperativa non era più favorevole alla mediatrice, per cui ha dovuto lasciare e abbiamo avuto un periodo in cui non abbiamo avuto la mediatrice fissa ma solo quella a chiamata. Sono stati chiusi diversi contratti che erano sperimentali e sono stati fatti dei concorsi per l'assunzione di gente in pianta stabile” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

Fra i canali di accesso ai servizi consultoriali, come si evince dalle interviste a medici, operatori sanitari, mediatri ed informatori privilegiati si ritiene che i network migratori possano assumere una particolare valenza, attraverso il cosiddetto “passaparola” fra le donne quale modalità di informazione. Ulteriori canali informativi e di orientamento delle donne straniere ai consultori possono essere rappresentati, poi, dalle associazioni presenti sul territorio, dai medici di medicina generale o dal pronto soccorso ostetrico ginecologico al quale le immigrate possono rivolgersi, alle volte, anche impropriamente, come ha rilevato la responsabile dei consultori pisani, che evidenzia:

“Le donne straniere hanno questo, che quando hanno qualcosa che non va bene, vanno all'ospedale. Anche per i test di gravidanza, per sapere se sono incinta o no, vanno al pronto soccorso! Per cui arrivano spessissimo che hanno già fatto due o tre accessi al pronto soccorso, oppure le seguiamo noi e loro vengono da noi che erano andate al pronto soccorso perché avevano magari un dolorino... E allora noi diciamo “venite prima da noi”. Ma loro vanno al pronto soccorso!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

³³⁴ Inizialmente erano previste presso il consultorio immigrate venti ore settimanali mentre adesso esse sono state ridotte a dieci (Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Le difficoltà di accesso ai servizi possono ricollegarsi alla carenza di informazioni ma anche ai livelli di autonomia delle immigrate o alle modalità di integrazione sul territorio, come si desume dalle interviste a medici ed operatori sanitari. A riguardo la Dott.ssa Trimarchi ribadisce:

“Se sono integrate, parlano una lingua o sono accompagnate dal marito, ma sono integrate, seguono in maniera anche molto corretta i nostri protocolli vengono a fare i pap – test. E’ chiaro che per molti immigrati c’è il problema che invece non hanno autonomia e allora devono sempre cercare qualcuno che le accompagni o vengono con il pullman, con i bambini ... le difficoltà principalmente sono queste.” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

7.3.1 - Dati dei consultori dell’AUSL Nord Ovest al 2015. L’eterogeneità dell’utenza

L’utenza di donne immigrate presso i consultori pisani, come emerge dalle interviste a medici ed operatori sanitari, è cambiata nel tempo in relazione ai mutamenti dei flussi migratori e della presenza straniera sul territorio.³³⁵

Attualmente, come si evince dai dati e dalle interviste agli informatori privilegiati, vi è fra le immigrate che accedono ai consultori dell’area pisana una considerevole eterogeneità in termini di provenienze, che rispecchia la complessità della presenza femminile immigrata sul territorio. I percorsi di accesso e le problematiche possono essere così molteplici e diversificati.

Dalle interviste, inoltre, emerge come alcune particolari problematiche relazionali possano ricollegarsi a differenti tradizioni mediche, alimentari, religiose, come in riferimento alle difficoltà delle donne di religione islamica nel farsi visitare da un medico di sesso maschile. Presso i consultori dell’area pisana, in ogni caso, la presenza di medici e di una équipe rappresentata in prevalenza da donne può attenuare tale problematica. A riguardo la Dott.ssa Trimarchi ribadisce:

³³⁵ Non è stato possibile ottenere i dati storici richiesti in riferimento all’utenza dei servizi, analogamente ai consultori di Napoli bensì esclusivamente quelli riferiti agli anni più recenti. Inizialmente come ricorda la responsabile dell’Unità Funzionale consultoriale, vi era una considerevole presenza di donne somale, impiegate quali badanti, emersa anche grazie al fatto che la mediatrice culturale impiegata presso il consultorio immigrati fosse di questa nazionalità. Attualmente l’utenza è eterogenea e fra le immigrate che accedono ai consultori una quota è rappresentata anche da donne di origine indiana giunte in Italia al seguito dei mariti che vengono al studiare presso la Scuola Superiore di Studi Universitari e di perfezionamento Sant’ Anna di Pisa.

“Nel nostro caso siamo quattro ginecologhe, in genere non si creano molti problemi... Ormai lo sanno che accedendo alle strutture pubbliche possono trovare una donna o anche un maschio, se si rifiutano di farsi visitare ... se no vedono il maschio e magari vanno via!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Le utenti immigrate dei consultori dell'ex ASL 5 di Pisa che comprendeva l'ambito della zona pisana della Valdera e dell'Alta Val di Cecina, al 2015 sono in totale 28.446 e costituiscono il 12,6% del totale. Considerando il trend dal 2013 al 2015 vi è una lieve diminuzione rispetto al 2014 quando le straniere rappresentavano il 14,6% del totale.³³⁶

Tab.7.3 Utenze dei consultori dell'ex ASL 5 di Pisa. Trend 2013 – Rielaborazione su Fonte E.S.T.A.R.

Anno:	Italiano	Straniero	Totale donne	% Straniere
2013	26688	3492	30180	11,6%
2014	25437	4223	29660	14,2%
2015	24855	3591	28446	12,6%

Fra i diversi territori in cui era articolata la ex ASL 5 di Pisa al 2015 la più alta percentuale di immigrate si concentrava nell'ambito pisano, dove rappresentava il 14% del totale (per i consultori della Valdera sono il 12% e per l'Alta Val di Cecina sono il 13,9%).³³⁷

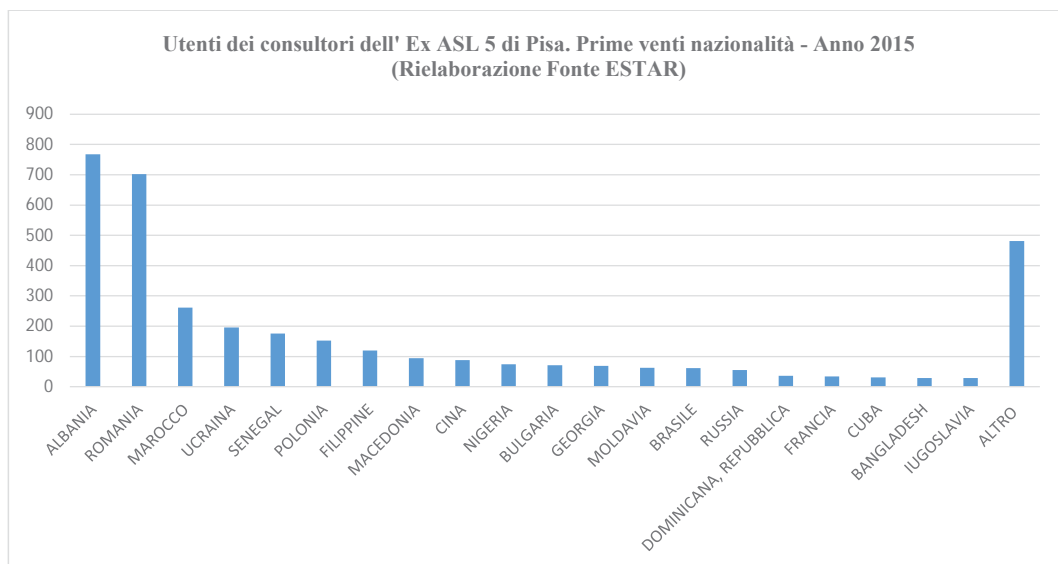
Le nazionalità più numerose al 2015 per l'intero territorio dell'ex ASL 5 di Pisa su di un totale di 3591 straniere, sono quella albanese (21,4%), rumena (19,5%), marocchina (7,3%), ucraina (5,5%), senegalese (4,9%), polacca (4,2%). Le donne dalle filippine costituiscono, invece, il 3,3% del totale.³³⁸

³³⁶ I dati inerenti le utenze italiane e straniere per il trend 2013 e 2015 sono stati forniti dal servizio flussi informativi dell'E.S.T.A.R. della Regione Toscana.

³³⁷ Per approfondimenti alla Tabella 36 allegata in Appendice.

Nel complesso, inoltre, per il 2015 è possibile riscontrare come i consultori della zona Pisana dell'ASL 5 di Pisa raccolgono gran parte della utenza sia italiana che straniera (il 46,2%). I consultori della zona della Valdera invece hanno il 40,5 % dell'utenza totale dell'ASL, mentre sono molto meno le donne che si rivolgono ai servizi di Volterra (il 13%). Le immigrate per l'ambito pisano, in particolare, sono in totale 1.920, nell'area di Volterra 510, mentre in quella della Valdera 1449. (Rielaborazione da fonte ESTAR). Per approfondimenti alla Tabella 36 allegata in Appendice.

³³⁸ Per approfondimenti alla Tabella 37 allegata in Appendice.



Le motivazioni per le quali sia le donne italiane che straniere si sono rivolte nel 2015 ai consultori dell'ex-ASL 5 di Pisa sono soprattutto legate alla prevenzione oncologica, seguite dalle attività ambulatoriali e poi dalla maternità.

Tab.7.4 Donne italiane e straniere per motivazioni di accesso ai consultori dell' ex ASL 5 di Pisa . Anno 2015 (Fonte ESTAR)

Motivazioni	Italiane	Straniere	Totaler	% italiane	% straniere
Prevenzione oncologica	17399	2018	19417	59,5	43,6
Altre tematiche ginecologiche (attività di tipo ambulatoriale)	4530	877	5407	15,5	19,0
Maternità	3713	1087	4800	12,7	23,5
Contraccezione	1479	328	1807	5,1	7,1
Menopausa	1045	62	1107	3,6	1,3
IVG	316	129	445	1,1	2,8
Disagio	362	42	404	1,2	0,9
MST	82	14	96	0,3	0,3
Abuso e maltrattamento	80	36	116	0,3	0,8
Sessualità	91	6	97	0,3	0,1
Sviluppo e crescita (dal punto di vista clinico)	74	6	80	0,3	0,1
Adozione e affidamento	49	2	51	0,2	0,0
Sterilità	38	15	53	0,1	0,3
Disturbi della condotta alimentare	6		6	0,0	0,0
Area pediatrica	1	2	3	0,0	0,0
Nessuna			0	0,0	0,0
Genetica	1	1	2	0,0	0,0
Mutilazione genitali femminili		1	1	0,0	0,0
Totale	29266	4626	33892	100	100

Le immigrate, in particolare, nel 2015 si sono rivolte ai consultori della ex ASL 5 di Pisa, nel 43,6 % dei casi per la prevenzione oncologica, nel 23,5% del totale per maternità, nel 19 % per altre attività ambulatoriali ginecologiche. La

quota di accessi per Interruzioni Volontarie di gravidanza corrispondeva, invece, al 2,8 % (Fonte ESTAR)³³⁹.

Confrontando i dati inerenti le motivazioni di accesso fra le donne italiane e straniere si evince come queste ultime nel 2015 si siano rivolte ai consultori in misura maggiore rispetto alle italiane per ragioni legate alla gravidanza (26% vs 15%) o alla contraccezione, mentre sono meno considerevoli gli accessi legati alle prevenzione oncologica (che sono il 59% fra le donne italiane ed il 44% fra le immigrate) e quelli inerenti questioni legate alla menopausa.

Una differenza significativa fra i due gruppi in ogni caso fa riferimento alle Interruzioni Volontarie di gravidanza che erano, al 2015, fra le donne straniere il 2,8% mentre fra le italiane l'1%.

L'età delle donne immigrate che hanno avuto accesso ai consultori dell'ex ASL 5 di Pisa è compresa in prevalenza fra i 25 ai 34 anni (Fonte E.S.T.A.R., 2015).

Da un'analisi dei dati inerenti, nello specifico, i consultori dell'area pisana si evince che gran parte dell'utenza sia italiana che straniera si concentra nel consultorio familiare di Via Torino, ove è stata svolta l'attività di osservazione. Qui le immigrate, al 2015, sono 1.212 e rappresentano il 13,6% del totale. Presso la stessa sede vi è anche il consultorio adolescenti, ove le straniere rappresentano, invece, il 7,5 % dell'utenza. Una quota considerevole di immigrate fa riferimento, inoltre, al consultorio di Navacchio, al quale nel 2015 hanno avuto accesso 400 straniere (che costituiscono il 19,5% del totale), seguito da quello di San Giuliano dove rappresentano il 9,5% del totale e sono 265. Meno significativa, invece, l'utenza che afferisce alla struttura di Marina di Pisa nella quale le straniere sono solo 92 (il 20% del totale). Le immigrate che afferiscono invece, al consultorio dedicato del CEP sono invece, al 2015, 246.³⁴⁰

³³⁹ Le donne italiane invece si sono rivolte ai consultori della ex ASL di Pisa, nel 2015 per prevenzione oncologica nel 59,5 % dei casi, per altre attività ginecologiche nel 15,5% dei casi e per ragioni legate alla maternità nel 12,7% dei casi. (Fonte E.S.T.A.R.)

³⁴⁰ Si rimanda alla Tabella 38 allegata in Appendice.



Considerando i dati che fanno riferimento agli anni dal 2013 al 2015 è possibile riscontrare come nel 2014 vi sia stata la più significativa affluenza di immigrate presso i consultori dell'area pisana, e questa è lievemente diminuita l'anno successivo.³⁴¹

Le motivazioni per le quali le immigrate si rivolgono ai consultori dell'area pisana si ricollegano in prevalenza alla prevenzione oncologica (43,6%), seguite dalla gravidanza (26%), da altre tematiche ginecologiche (7,3%), dalla contraccezione (2%) e dalle IVG (1,4%), come si evince dalla Tab. 7.5.³⁴² Da un confronto fra i dati inerenti le utenti italiane e straniere si riscontra come queste ultime si rivolgano ai consultori per motivi legati alla gravidanza in maniera più significativa rispetto alle autctone (26 % vs 11, 4 %). La quota di IVG, inoltre, è significativamente maggiore fra le immigrate rispetto alle italiane (2% vs 0,8%), mentre fra queste ultime sono più numerosi gli accessi legati alla menopausa (3,3% vs 1,4%).³⁴³

³⁴¹ Si rimanda alla Tabella 39 allegata in Appendice.

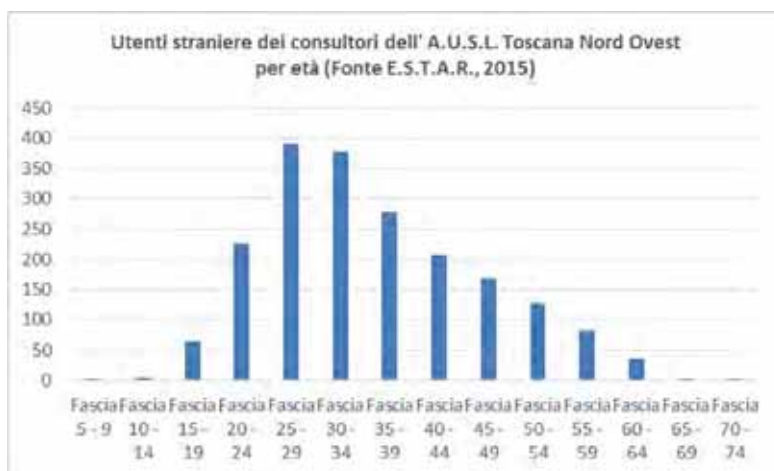
³⁴² Analizzando, inoltre, le motivazioni prevalenti di accesso delle utenti immigrate per ogni singolo consultorio è stato possibile riscontrare come solo presso il consultorio di Navacchio quelle legate alla gravidanza siano prevalenti rispetto a tutte le altre (Fonte ESTAR, trend 2013 – 2015).

³⁴³ Per un un approfondimento inerente il confronto delle motivazioni di accesso ai consultori fra italia e straniere si rimanda alla Tabella 54 allegata in Appendice.

Tab.7.5 Motivazioni per le quali le utenti straniere che si rivolgono ai consultori dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte ESTAR).

Motivazioni zona pisana	2013	2014	2015	% per il 2015
Prevenzione oncologica	1110	1586	1055	43,6
Maternità	658	668	629	26,0
Altre tematiche ginecologiche (attività di tipo ambulatoriale)	407	423	400	16,5
Contraccezione	189	164	176	7,3
IVG	47	59	49	2,0
Menopausa	30	28	35	1,4
Disagio	21	27	22	0,9
Abuso e maltrattamento	22	24	23	1,0
MST	10	8	10	0,4
Sviluppo e crescita (dal punto di vista clinico)	5	7	5	0,2
Sessualità	5	3	5	0,2
Sterilità	3	1	4	0,2
Area pediatrica	0	2	2	0,1
Adozione e affidamento	0	2	2	0,1
Disturbi della condotta alimentare	0	1	0	0,0
Mutilazione genitali femminili	0	0	1	0,0
Altro	1	0	0	0,0
Totale	2508	3003	2418	100

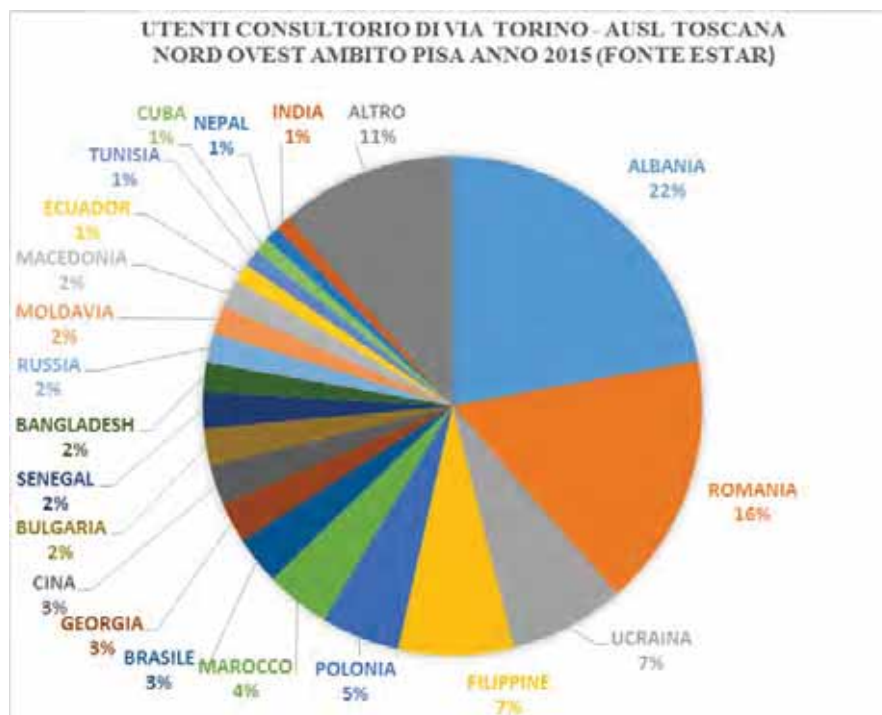
Confrontando l'età delle donne straniere ed italiane che afferiscono ai consultori dell'ambito pisano si evince come le prime siano più giovani in quanto si concentrano nella fascia che va dai venticinque e quarant'anni (sebbene siano considerevoli anche le utenti appartenenti a fasce di età dai quaranta ai 49 e dai 20 ai 24 anni), mentre le seconde sono più numerose in fasce di età più elevate (dai 35 ai 39, dai 50 ai 59 anni). L'età delle utenti immigrate, in ogni caso, si differenzia in base alle nazionalità.³⁴⁴



³⁴⁴ Per approfondimenti si rimanda per il confronto al Grafico 40 allegato in Appendice.

In riferimento alle provenienze è possibile riscontrare come le principali nazionalità delle donne straniere si differenziano fra i diversi consultori della zona pisana.³⁴⁵

Analizzando nello specifico i dati inerenti il consultorio di Via Torino presso il quale si concentrano gran parte delle immigrate e dove è stata svolta l'attività di ricerca sul campo si evince come le immigrate provengano in prevalenza da Albania (22,1%), Romania (16,5%), Ucraina (7,5%) Filippine (7,5 %), Polonia (5,1 %). Per il 2015 percentuale di straniere sul totale presso tale struttura era del 15,7% (Fonte E.S.T.A.R., 2015).³⁴⁶



Le motivazioni principali per quali le immigrate accedono al consultorio ubicato in Via Torino, analogamente a quelle del territorio più ampio della zona pisana, sono rappresentate in prevalenza dalla prevenzione oncologica (55,2%), e dalla maternità (25,7%), seguite poi da “altre problematiche ginecologiche”

³⁴⁵ Si rimanda per approfondimenti alle Tabelle da 41 a 49 allegate in Appendice, che fanno riferimento alle principali nazionalità di immigrate per singoli consultori nel periodo dal 2013 al 2015.

³⁴⁶ Si rimanda per approfondimenti alla Tabella 50 allegata in Appendice.

(9,1%) e da IVG (2,3%).³⁴⁷ Confrontando le ragioni per le quali le donne straniere ed italiane si rivolgono al servizio è possibile riscontrare che le prime vi accedono per questioni legate alla gravidanza (25,7%) in misura maggiore rispetto alle autoctone (15,5%), così come più elevata è la richiesta di IVG che equivale al 2,3% del totale, mentre fra le italiane è dell'1,1%. Fra queste ultime, invece, è più alta la quota di coloro che accedono al consultorio per problematiche legate alla menopausa, analogamente a quanto avviene nel più ampio territorio della Zona Pisana (considerando i cinque consultori del distretto).³⁴⁸ Le immigrate che si rivolgono al Consultorio di Via Torino per I.V.G., inoltre, provengono in prevalenza da Romania ed Ucraina, seguite poi da Polonia e Filippine (Fonte ESTAR, 2015).³⁴⁹

7.3.2 - Il Consultorio immigrati del CEP

Il “consultorio immigrati” nasce come progetto sperimentale nel 1994.³⁵⁰ Ad esso fa riferimento l'utenza più problematica rappresentata da straniere irregolari, che sono sul territorio da poco ed hanno difficoltà economiche, di comunicazione o legate a condizioni di isolamento, donne di etnia rom. Percorsi specifici, inoltre, sono riservati a donne vittime di violenza e tratta o richiedenti protezione internazionale, che sono delineati nell'ambito della Società della Salute, in collaborazione ad associazioni del terzo settore e del privato sociale. Il servizio si avvale di un'equipe interdisciplinare composta da una ginecologa, che parla inglese, due ostetriche, un'assistente sociale ed una mediatrice culturale, fornendo così, alle sue utenti, mediazione linguistica, culturale, supporto emotivo, orientamento normativo ed ausilio per le pratiche burocratiche.

A riguardo la Dott.ssa Del Bravo ginecologa impegnata presso il consultorio fin dalla nascita, ricorda:

“Nel 1993 abbiamo fatto un corso a Bologna del Cospe, poiché la Regione Toscana individuò la possibilità di far nascere quattro consultori sperimentali rivolti ad immigrate, tre a Firenze e uno a Pisa ed individuò degli operatori

³⁴⁷ Per approfondimenti si rimanda alle Tabelle 51 e 54 allegate in Appendice.

³⁴⁸ Si rimanda alla Tabella 54 allegata in Appendice.

³⁴⁹ Si rimanda alla Tabella 63 allegata in Appendice. Per ulteriori approfondimenti sugli accessi per ragioni legate alle I.V.G. nei singoli consultori si rimanda alle Tabelle da 55 a 64, allegate in Appendice.

³⁵⁰ Presso il consultorio sono state intervistate tutte le operatrici sanitarie che vi lavorano. Le interviste registrate sono in ogni caso solo quelle della mediatrice culturale e della ginecologa, la Dott.ssa Del Bravo. Le ostetriche e l'assistente sociale hanno invece preferito evitare la registrazione, cosicché le interviste sono state trascritte.

dedicati per fare questo corso del Cospe, a Firenze. Degli attuali operatori del consultorio lo abbiamo fatto io e O. l'ostetrica. Siamo state le prime! Il consultorio poi è stato avviato nel febbraio nel '94." (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

In riferimento ai primi anni di attività ed alle problematiche riscontrate nel tempo, per altro, la ginecologa racconta:

"Intanto era una cosa assolutamente sperimentale e non sapevi proprio dove mettere mano! Però era una bella équipe, perché all'inizio l'équipe multidisciplinare era completa: c'era l'ostetrica, la ginecologa, l'assistente sociale, la psicologa e la mediatrice culturale. Poi per molti anni siamo state molto più frammentate. La psicologa al momento non c'è più, la mediazione adesso è a periodi alterni, l'assistente sociale ora c'è fissa, ma non c'è sempre stata, anche se negli ultimi anni c'è sempre ... però ci sono stati anche anni in cui non c'era! Poi, soprattutto era una realtà completamente nuova ed era una realtà abbastanza particolare". (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Il consultorio, oltre alle tradizionali attività legate allo screening e al percorso nascita, ha previsto, negli anni, apposite iniziative di prevenzione e promozione della salute per le donne e le coppie straniere meno integrate sul territorio. Fra queste alcune sono state rivolte alla rilevazione, alla valutazione e al sostegno delle vittime di violenza, in collaborazione con i centri antiviolenza e il servizio sociale territoriale, altre sono state indirizzate alla prevenzione e al contrasto delle interruzioni volontarie di gravidanza e delle mutilazioni genitali femminili, con l'ausilio di associazioni femminili straniere (quali Nososttras di Firenze). Vi sono, poi, i percorsi rivolti a immigrate coinvolte nella prostituzione o vittime tratta realizzati con la Cooperativa Arnera o per donne inserite in progetti di fuoriuscita dallo sfruttamento, con il coinvolgimento dell'Associazione D.I.M. (Donne in Movimento). Negli ultimi tempi si rivolgono al consultorio anche le associazioni e i centri che accolgono richiedenti protezione internazionale. A queste utenti sono riservati dei posti ogni giovedì pomeriggio, così da non costringere loro e le operatrici o le mediatrici che le accompagnano, a lunghe attese per le visite.³⁵¹

³⁵¹ Significativo come da un punto di vista organizzativo si presti attenzione a non far incontrare le donne che hanno intrapreso percorsi di fuoriuscita dallo sfruttamento, inserite in programmi di protezione sociale, e quelle che invece sono accompagnate da operatrici delle unità mobili e che quindi sono ancora inserite nelle maglie di tali meccanismi. Si alternano, così, in diverse fasce orarie, le operatrici della Coop. Arnera (ex Cerchio), che lavora con l'unità mobile sul territorio volta a favorire percorsi di tutela della salute e fuoriuscita dalla prostituzione e quelle dell'Associazione Donne in Movimento, che accompagnano invece le donne che ospita in accoglienza.

Il servizio presso il CEP rappresenta, inoltre, un importante punto di riferimento per l'utenza rom del territorio, soprattutto macedone, considerata particolarmente problematica, come è emerso nel corso dei colloqui informali e delle interviste. E' prevista, pertanto, la presenza fissa di una mediatrice macedone, che, riguardo la sua attività evidenzia:

“Io per la maggior parte sono più con i macedoni rom, e lì la maggior parte c'è un po' da fare anche da tramite non solo a livello linguistico, ma anche culturale. O anche ad orientare le donne! Perché magari una persona del loro paese potrebbe essere vista come quella che li può, tra virgolette, aiutare e quindi far da tramite, far capire che ci sono delle regole che vanno seguite è questo quello che vogliamo dare! E lì è la parte difficile ma noi lo facciamo e cerchiamo di farlo! L'intento è più che altro per loro.” (Intervista a J., Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015)

Il consultorio è aperto il giovedì pomeriggio dalle 14,00 alle 18,00 e la sua attività si snoda fra la sala di attesa interattiva e l'ambulatorio ostetrico – ginecologico. La sala d'attesa nasce quale spazio di ascolto e consulenza individuale, volto ad “accogliere e decodificare i vari bisogni”, “fornire informazioni” o “orientare le donne” anche ad altri servizi sul territorio, “promuovere” stili di vita corretti in gravidanza,” e favorire l'emergere di situazioni e bisogni diversi da quelli propriamente sanitari con la possibilità consulenze socio – psicologiche.³⁵² Il giovedì pomeriggio, la sala d'attesa, pullula di volti stranieri, di donne di diversa provenienza e con differenziate problematiche, alle volte accompagnate da mariti, compagni o dai loro bambini ed accolte dalla mediatrice o dall'assistente sociale, che nelle situazioni particolarmente problematiche, possono intrattenere colloqui individuali o familiari in stanze attigue all' ambulatorio. Le donne rom, spesso, accompagnate alle visite da suocere, amiche che le aiutano ad intrattenere i bambini, alle volte, formano capannelli e chiacchierano fra loro.

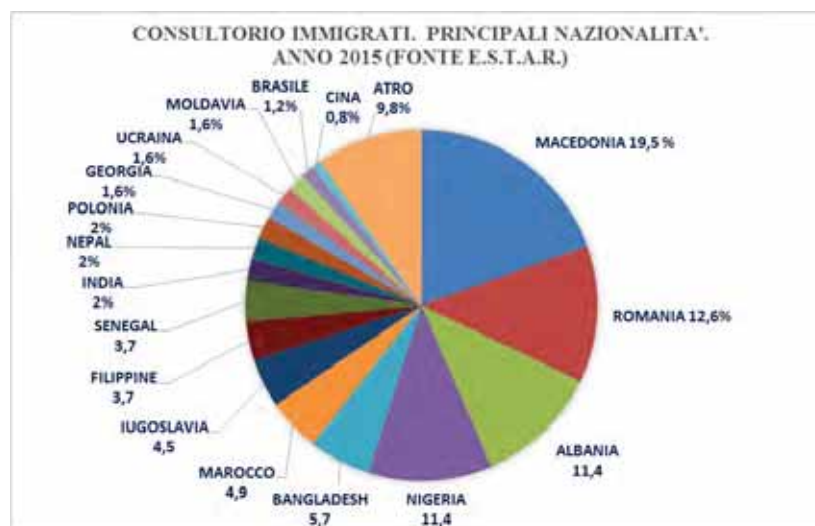
L'ambulatorio ginecologico, invece, ha fra gli obiettivi quello di garantire alle straniere “emarginate, non ascoltate e trattate con scarso rispetto”, gli stessi standard di cura di cui godono le italiane, prestando attenzione anche agli aspetti emotivi, psicologici.³⁵³

Le utenti del consultorio immigrati, come si evince dai dati inerenti il 2015 provengono in prevalenza da Macedonia (e sono in tal caso le donne rom dei

³⁵² La Fonte di tali informazioni è rappresentata dai materiali informativi relativi al 2015 forniti dal Consultorio Immigrati.

³⁵³ Materiali forniti dal Consultorio Immigrati. In base ad essi gli accessi di utenti inserite nel Progetto Sally, rivolto a vittime di tratta e prostituzione e gestito dalla Cooperativa Arnera, sono stati 139 nel 2011 e 110 nel 2012.

campi circostanti), Romania (12,6%) Albania (11,4%), Nigeria (11,4%) Bangladesh (5,7%), Marocco (4,9%), Jugoslavia (4,%), Filippine (3,7%%), Senegal (3,7%). Le donne ucraine, che probabilmente afferiscono in misura maggiore agli altri consultori del territorio, sono invece soltanto l'1,6% del totale (Fonte E.S.T.A.R., 2015).³⁵⁴



Analizzando le fasce di età si desume come queste varino in base alle nazionalità. Donne albanesi e bengalesi sono più numerose nella fascia di età che va dai 25 ai 29 anni, le macedoni fra i 25 ed i 34 anni, le rumene fra i 20 ed 25 anni, le nigeriane fra i 20 ed i 30 anni. Immigrate filippine hanno invece una età più elevata compresa in prevalenza fra i 30 ed i 39 anni mentre le marocchine fra i 30 ed i 34 anni (Fonte ESTAR, 2015).

Le ragioni per le quali le donne accedono al consultorio immigrati sono legate in prevalenza alla maternità ed alla contraccezione, poi, alla prevenzione oncologica, ad “altre problematiche ginecologiche” e ad IVG (Trend 2013 – 2015. Fonte ESTAR).³⁵⁵ Nel 2015, in particolare, il 34,3% delle immigrate si è rivolta al servizio per motivi legati alla gravidanza, il 26,2% per altre problematiche ginecologiche, il 23,1% per contraccezione, il 7,1% per prevenzione oncologica ed il 4,6% per Interruzioni Volontarie di Gravidanza.³⁵⁶ Queste ultime rappresentano così, una quota significativa se confrontata alle percentuali che

³⁵⁴ Per approfondimenti di rimanda alla Tabella 53 allegata in Appendice.

³⁵⁵ Per approfondimenti si rimanda alla Tabelle 52 allegata in Appendice.

³⁵⁶ Per approfondimenti si rimanda alla Tabella 53 allegata in Appendice.

fanno riferimento alle italiane o a donne straniere che si rivolgono ad altri consultori dell'area pisana (Fonte ESTAV).³⁵⁷ Si può, pertanto, desumere che le immigrate che sono in condizione di irregolarità o di maggiore precarietà ricorrono alle IVG in misura maggiore rispetto alle altre. In termini di nazionalità, inoltre, negli anni dal 2013 al 2015, coloro che hanno fatto più richieste di IVG provenivano da Romania a Macedonia (Fonte E.S.T.A.R.).³⁵⁸

Le principali nazionalità che afferiscono al consultorio sono, in ogni caso, mutate nel tempo, come si evince dalle interviste a medici ed operatrici sanitarie. Esse infatti erano inizialmente rappresentate soprattutto da donne somale, eritree, nordafricane ma anche rom. La ginecologa, a riguardo evidenzia come la presenza della mediatrice di origine somala “*sposata con un italiano, laureata in lingue*” ed a conoscenza di “*cinque lingue fra cui russo arabo, italiano*” nei primi tempi possa aver favorito l'accesso di donne di questa nazionalità al servizio. A riguardo ricorda:

“I flussi migratori cambiano con il tempo e in quel tempo a Pisa erano particolarmente presenti le badanti somale, che erano arrivate prima delle badanti filippine ... E quindi noi la prima realtà con cui siamo venuti a contatto è stata quella, poiché le utenti che lei ci portava erano essenzialmente somale, visto che era una realtà che lei conosceva bene e con cui interagiva meglio ... Insieme al campo rom che non ci ha mai abbandonato! Quello da sempre! Soprattutto rom Macedoni ... Però le somale erano tante e quindi la prima esperienza che abbiamo fatto è stata una esperienza con loro ... ed è stata una bella esperienza! (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Le utenti di origine somala avevano problematiche legate soprattutto alle mutilazioni genitali femminili, poiché rammenta la ginecologa del consultorio “*le somale sono chiuse, cuciono ... e per il parto andavano disinfibulate! Però era una realtà che vedevamo di più. Poi si è persa completamente!*” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).³⁵⁹

³⁵⁷ Per un confronto si rimanda alle Tabelle 52 e 54 allegate in Appendice.

³⁵⁸ Si rimanda alle tabelle allegate.

³⁵⁹ La presenza di donne somale sul territorio pisano, nel tempo, si è ridotta considerevolmente per il fatto che probabilmente si sono spostate altrove, ed all'estero in particolare in Germania (interviste a informatori privilegiati). Le donne somale che giungono in Italia con i recenti sbarchi, e sono accolte in strutture per richiedenti protezione internazionale, come si evince dalle interviste agli informatori privilegiati, restano, invece, a Pisa nei centri ove sono accolte solo per pochi giorni o per periodi brevissimi per poi spostarsi altrove, probabilmente per l'influenza di appositi network di connazionali (Intervista a Referente Cooperativa PAIM, 2016; Intervista a referente ARCI, 2016; Intervista a referente D.I.M., 2016).

Nel corso del tempo, inoltre, come si evince dalle interviste, sono cambiate le modalità con le quali immigrate di alcune nazionalità si rapportano ai servizi del territorio. A riguardo sono emblematiche le parole di una delle ostetriche e della ginecologa del consultorio immigrati che sostengono:

“Abbiamo fatto tanta contraccezione anche su nazionalità più restie, anche quelle del Maghreb e del Nord Africa, e ora se ne vedono! Fanno contraccezione! Con la spirale, la pillola! Prima no! Si è notato un po’ come ... non so come spiegarlo ... I primi immigrati che venivano erano meno acculturati, ora sono un po’ cambiati! A parte quelle dal Bangladesh!” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, AUSL N.O. 2015)

“Anche le albanesi sono cambiate tanto! Sono più integrate ora, ma non solo ... Vengono dal loro paese e ti portano le ecografie fatte là, magari tutto privatamente” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Per le donne vittime di tratta sono stati previsti canali specifici di accesso al servizio fin dall’ avvio delle progettualità in questo ambito sul territorio (ex art. 18 ed ex art. 13 del D.Lgs 286/98). Nei confronti di questa utenza l’approccio e l’accoglienza, sono di fondamentale importanza, come ha ribadito la ginecologa del servizio, sostenendo:

“ In realtà per quanto riguarda la tratta e anche i progetti che attivano percorsi di uscita dalla tratta, abbiamo a che fare soprattutto con donne dell’ Est Europa, dell’ Albania, della Romania e poi con le nigeriane, soprattutto con queste tre popolazioni. L’impatto, diciamo, la relazione con questa donne è sempre stata non troppo difficile, perché sono donne che hanno bisogno veramente di poco! Sono così bistrattate che se te hai nei loro riguardi un atteggiamento di tipo umano, proprio basico, niente di che, loro sono abbastanza ... Poi sono molto diverse le albanesi, le rumene dalle nigeriane. Le nigeriane hanno questo atteggiamento scanzonato, quasi che non gliene fregghi niente, sembrano tutte ciucche! In realtà probabilmente non è così! Però hanno un atteggiamento apparentemente molto più superficiale! Le donne dall’ Est Europa sono più ... Alcune sono più consapevoli e ti dicono con franchezza che loro lo fanno provvisoriamente e sembrano un pochino più ... consapevoli! (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Negli ultimi anni, inoltre, sono aumentate le immigrate provenienti dal Bangladesh per le quali, come si desume dalle interviste, le principali problematiche sono di carattere relazionale, legate a difficoltà comunicative, dal momento che non parlano bene la lingua italiana e sono sovente accompagnate al servizio dai mariti che fanno da intermediari.

Dalle interviste alle operatrici ed alla ginecologa del consultorio, in ogni caso emerge, che le utenti con le quali vi sono maggiori problematiche relazionali sono quelle rom, per ragioni legate a differenti orizzonti culturali o a difficoltà nel “seguire le regole”, rispettare gli appuntamenti. Fra coloro che, invece, hanno maggiori difficoltà ad orientarsi in ambito sanitario, secondo operatrici e mediatrici, vi sono molte donne provenienti dall’ Africa o dal Bangladesh.

Nell’ ultimo periodo inoltre vi è stato un considerevole aumento di donne richiedenti protezione internazionale, ospitate nelle strutture del territorio preposte all’ accoglienza e provenienti in prevalenza dalla Nigeria. Si tratta in tal caso di una utenza che presenta situazioni particolarmente complesse e che alle volte, si rivolge al consultorio per interrompere le gravidanze intercorse in seguito alle violenze subite durante il viaggio verso l’Italia. A riguardo la ginecologa del consultorio ribadisce:

“ Adesso abbiamo tutto il problema degli sbarchi che prima non avevamo, quindi anche tanta Africa sbarcata, comincia ad arrivare! [...] Le novità sono gli sbarchi, tanta Africa diversa! Quelle che ci sono arrivate dello SPRAR sono veramente bimbe morte! Nel senso che te le vedi dallo sguardo, è agghiacciante! Sono giovani e con lo sguardo perso! Perso!” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

L’attività di mediazione interculturale per il consultorio immigrati, si svolge oltre che il giovedì pomeriggio, anche in altri giorni settimanali, presso un apposito sportello informativo.³⁶⁰ Negli ultimi anni, tuttavia, questo servizio non è continuativo in relazione alle disponibilità di fondi. I lunghi periodi di sospensione comportano, così, considerevoli problematiche organizzative ed hanno ricadute in termini di precarietà occupazionale, per la stessa mediatrice, che a riguardo rileva: ³⁶¹

³⁶⁰ Presso la sede del consultorio immigrati infatti vi sono anche altri servizi dell’ASL, dall’ amministrazione, il CUP, l’infermeria, un servizio dentistico per cui come ha evidenziato la mediatrice culturale “*chi viene anche per qualsiasi altra visita si ferma anche qui*”. ((Intervista a J. Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015)

³⁶¹ La mediatrice macedone, J. è impiegata presso il consultorio fin dalla fine del 2013, tuttavia con numerose pause durate anche cinque o sei mesi. J. ha ottenuto una qualifica di mediatrice culturale seguendo un corso regionale, il primo realizzato a Pisa, nel 2002-2003, della durata di un anni. Tale qualifica tuttavia come ha evidenziato la mediatrice nel corso della sua intervista non è riconosciuta a livello nazionale. J. fa parte dell’associazione di mediatori A.M.I.C. che si è costituita in seguito a tali corsi, attiva da tredici anni. J. parla tutte le lingue della ex Jugoslavia che come sottolinea lei stessa “più o meno sono simili” . (*Intervista a J., Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015*)

“Unico problema quando il servizio non è continuativo. Purtroppo non dipende da noi, se non c'è budget non ci sono fondi purtroppo non ci puoi fare nulla, perché giusto il tempo che le persone si abituanò che esiste questa figura, che possono contare ... poi finisce! E poi non ci sono più i fondi per rinnovarlo e quindi non ti trovano più. Allora quando ricominci di nuovo devi farli abituare che il giovedì ci sono anche altri giorni quindi ecco le problematiche possono essere queste la non continuità, la non conoscenza della figura del mediatore”. (Intervista a J. Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015)

Una considerevole valenza, inoltre, presso il consultorio immigrati è attribuita al lavoro di équipe. Vi è fra le diverse figure professionali coinvolte nell' équipe, come si evince dalle interviste, una forte collaborazione ed un continuo confronto, sia in occasione di riunioni periodiche, che nei momenti antecedenti o successivi alle attività dell'ambulatorio. Significative a riguardo le parole della mediatrice, che sostiene:

“E' una équipe molto affiatata. Quando ci si vede o all'inizio o alla fine ci si confronta a seconda di quello che ci è capitato e di come affrontare determinate ... perché può capitare un caso nuovo, ci confrontiamo su come affrontarlo e magari prima non ci era mai capitato! Ci si confronta su tutto! Anche semplicemente per fare un percorso sanitario, anche per una questione amministrativa, anche tra di noi ci si confronta e quindi interroghiamo anche chi è più esperto in materia! E questo lo facciamo sempre!” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015)

Nell'ambito della équipe, per altro, dinanzi a problematiche particolari o di ordine linguistico le diverse figure professionali tendono a svolgere un lavoro complementare, compensando le competenze, come ha evidenziato la mediatrice che in merito a ciò, ha ribadito:

“Se qualcuno magari è dotato a livello linguistico qualcun altro per un altro tipo di approccio! Ci si compensa e ci si completa in quel senso! Ognuno ha qualcosa che magari, ne ha di più rispetto all'altra, però tutti insieme ... Perché poi alla visita è presente l'ostetrica, la ginecologa, a volte anche l'assistente sociale dentro! Oppure io! Quindi quando ci sono due tre persone è un servizio abbastanza completo!” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015)

Il consultorio immigrati, così, come emerge dalle interviste agli informatori privilegiati rappresenta un importante punto di riferimento per le immigrate e per i servizi del territorio impegnati in progettualità che coinvolgono le utenti straniere. A riguardo, ad esempio D., ex referente della programmazione e direzione della Società della Salute, sostiene:

“Il Consultorio Immigrati è una cosa che funziona e funziona tanto! [...] Sono operatori molto bravi, soprattutto la ginecologa, al CEP ... Lì sono molto esperti, c'è proprio una tradizione di accoglienza.” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015) .

In seguito, tuttavia, alla recente riorganizzazione ed accorpamento delle ASL toscane, tutt'ora in corso, le sorti di questo servizio sembrano divenute incerte. La responsabile delle Unità Funzionali consultoriali, infatti, ha espresso il timore che, nel tentativo di dare omogeneità ai servizi dell'Area Vasta Nord Ovest, il consultorio potrebbe correre il rischio di essere chiuso. A riguardo ha evidenziato:

“Quando saremo tutti con procedure e modalità analoghe di comportamento, bisognerà vedere fra le cinque ASL della nostra Area Vasta se determinati progetti continueranno ad esserci. IL CEP c'è solamente qui a Pisa. Dalle altre parti non esiste un consultorio immigrati codificato, salvo forse a Livorno. Forse Firenze, ma Firenze è nell' Area Centro. [...]” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

Le riflessioni della responsabile si collocano nell'ambito del dibattito inerente l'utilità di servizi dedicati all'utenza straniera (Sen, 1999; Fassin, 2004; Padovan, Alietti, 2008; Tognetti Bordogna, 2008, Schirripa, 2002, Venneri, 2008), ed a riguardo evidenzia:

“Secondo alcuni si tratta di un'esperienza ghetizzante. Dicono “voi avete fatto in consultorio apposta ma le donne devono essere integrate”. Ho capito ma ... Ma a Viareggio, a Lucca non hanno né i campi nomadi ... tutta l'utenza rom, ci sono 900 rom, con tutte le problematiche che ci portano, ci sfornano bimbettini, ci sfornano IVG. E' sempre un'esperienza che ha dato esiti positivi! Dà esito positivo anche l'integrazione, ma quando arrivano con la lingua ... Se ci fosse un'organizzazione che permettesse di avere il CEP qua, non solamente con tutte le problematiche, ma anche con il servizio sociale presente, il centro amministrativo presente ecc. ... non essendo possibile questa cosa, però, credo che sia meglio che rimanga là. Con una nuove modalità. Noi ci stiamo anche migliorando come modalità... Visto che c'erano delle criticità, abbiamo fatto delle riunioni, migliorando anche l'organizzazione del giovedì pomeriggio quindi cominciando a fare una scrematura delle persone che vengono: chi non ha diritto viene rimandato nei servizi e poi si farà una valutazione dei ritorni.” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

In riferimento agli aspetti positivi ed a quelli invece più problematici delle attività svolte presso il servizio sono in ogni caso particolarmente significative, le parole della Dott.ssa Del Bravo ginecologa impiegata presso il consultorio fin dalla sua nascita, che ha ribadito:

“La parte positiva [dell'attività del consultorio] secondo me è proprio legata a questo incontro culturale con le donne! E poi quando vai a lavoro, in un posto dove c'è una bella équipe di lavoro, con cui si collabora, vai volentieri ... Ed

anche questo è molto importante! [...] Gli aspetti problematici sono legati alla mancanza di risorse per fare tante cose che vorremo fare, ad esempio per fare progetti, fare corsi di accompagnamento alla nascita multiculturali, fare piccoli gruppi di promozione per la contraccezione! Cioè organizzare cose che vadano al di là dell'ambulatorio, per coinvolgere le donne ... E questo sarebbe molto bello ma mancano le risorse!" (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

7.3.3 - Le reti di collaborazione dei consultori pisani e i tagli al welfare

Le reti di collaborazione dei consultori della zona pisana con enti pubblici e del privato sociale presenti sul territorio sono molteplici e caratterizzate da diversi livelli formalizzazione, come è emerso anche nei precedenti paragrafi. Esse sono rappresentate, da associazioni e cooperative attive sul territorio ed impegnate nell'ambito dell'immigrazione femminile quali Donne in Movimento o la Cooperativa Arnera, ma anche da Africa Insieme da case famiglia o centri sociali che fanno riferimento al consultorio in caso di necessità (Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).³⁶²

Vi è, inoltre, una particolare sinergia con la Società della Salute che gestisce le progettualità rivolte alle immigrate attraverso servizi affidati ad enti pubblici e del privato sociale. E' nell'ambito di questa collaborazione sono previsti i percorsi riservati per le donne vittime di tratta o richiedenti protezione internazionale inserite in progettualità del territorio, accompagnate da operatrici e mediatrici al consultorio immigrate. La responsabile delle Unità Funzionali consultoriali a riguardo ha evidenziato:

"La Società della Salute, chiaramente noi vi facciamo parte e tutti gli enti che entrano a diritto nell'ambito della programmazione della Società della Salute sanno che noi siamo a disposizione. Noi siamo nei progetti del consultorio immigrati, nel Progetto Sally per vittime di tratta, con DIM [Donne in Movimento], Il Cerchio, quelli sono ufficiali. ³⁶³ La Società della Salute, ogni anno mette in atto tutta una serie di progettualità. Ad esempio le donne profughe vanno al CEP. Gli operatori di strada portano le donne che seguono, quindi lasciamo due posti al consultorio immigrati ogni giovedì. Però se c'è bisogno di altri posti ci telefonano e noi siamo lì e le inseriamo." (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

³⁶² In passato, prima della sua chiusura, vi erano anche i servizi del progetto rivolto alle popolazioni rom "Città Sottili" (Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

³⁶³ Il Cerchio era una cooperativa sociale di Pisa impegnata nell'ambito della tratta e della prostituzione, attraverso un servizio di unità mobile attivo sul territorio. Essa è da qualche anno poi è confluita nella Cooperativa Arnera, nel 2014 che continua a gestire il Progetto Sally.

In ambito sanitario, invece, vi è una particolare collaborazione con i reparti di ostetricia e ginecologia degli Ospedali di Pontedera e Volterra, che sono gestiti dalla ASL ed a cui formalmente si fa riferimento. Percorsi di collaborazione, in ogni caso, sono stati attivati anche con l'Ospedale Santa Chiara di Pisa al quale le donne del territorio fanno più frequentemente riferimento nell'ambito del percorso nascita. A riguardo la Dott.ssa Trimarchi ha rilevato:

“I rapporti fra ospedale e territorio sono rapporti sempre difficili, perché bisogna creare delle reti. Noi il nostro ospedale di riferimento è a Pontedera e qualsiasi ... Sì, perché noi siamo azienda Asl ed i nostri ospedali di riferimento sono a Pontedera e Volterra. I rapporti vanno abbastanza bene. In teoria noi le mandiamo là! Poi io vivo in una realtà che è quella pisana, per cui le nostre utenti vanno per il 90%, ed anche di più, all'ospedale di Pisa. Per cui abbiamo instaurato dei rapporti, delle procedure. Anche se loro viaggiano per conto loro [...] Poi se [le utenti] sono in gravidanza, un paio di settimane prima il parto, le facciamo fare un passaggio al punto nascita. Su questo ci sono abbastanza rapporti.” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

In passato inoltre, i consultori sono stati coinvolti in interventi informativi e formativi presso alcune associazioni straniere del territorio ed a riguardo la Dott.ssa Trimarchi, ricorda:

“Abbiamo fatto degli interventi all'interno di associazioni, proprio in tempi passati, sulle donne somale, sulle donne marocchine, informativi, per la contraccezione” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

I tagli al welfare sanitario degli ultimi anni, tuttavia, analogamente alla realtà napoletana, hanno influito sulle attività dei consultori di Pisa, colpendo in maniera trasversale sia le immigrate che le italiane, come si evince dalle interviste alle responsabili dei servizi. Nel caso dei servizi del territorio pisano, in ogni caso, alcune risorse sono state, riservate all'utenza immigrata, come ha evidenziato la Dott.ssa Trimarchi sostenendo:

“Saranno tre o quattro anni circa che ci sono tagli e la Regione ha sempre trovato un piccolo finanziamento da darci per la Mutilazione Genitale Femminile o per la prevenzione delle IVG o per la prevenzione della violenza. Abbiamo sempre avuto un po' di risorse da utilizzare per queste cose ed anche molto per la formazione!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

Le attenzioni rivolte all'utenza immigrata, in situazione di maggiore marginalità e svantaggio in ogni caso restano correlate soprattutto alle attività del consultorio

loro dedicato, come ribadisce la responsabile dei servizi che in riferimento a ciò, sottolinea:

“I tagli hanno riguardato tutti [...] Anzi le donne straniere hanno molti più privilegi rispetto a quelle italiane perché hanno tutto gratis, in quanto, nel consultorio immigrati, proprio per favorire questo tipo di utenza, noi diamo una serie di prestazioni assolutamente gratuite. Anche i contraccettivi! Loro non pagano la visita, non pagano il ticket, fanno il pap -test gratuito, fanno la visita gratuita, l'unico ecografo che abbiamo è al consultorio immigrati, quindi hanno anche il privilegio di avere l'ecografo! Perché sono sempre casi più complessi di quelle italiane! [...] Quel minimo di budget che ci danno, fino a quando ce lo daranno, noi lo mettiamo nei contraccettivi da dare gratuitamente. Le spirali, le mettiamo gratuitamente, le leviamo gratuitamente, insomma ... Si cerca di fare tutto quello che è umanamente possibile con le poche risorse che abbiamo a disposizione!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

7.4 - I servizi di mediazione interculturale della Cooperativa Arnera

Le attività di mediazione culturale dell'AUSL Toscana Nord Ovest zona pisana e presso presidi ospedalieri del territorio di Santa Chiara e Cisanello sono state affidate, dal 2006, in seguito all'erogazione di bandi pubblici ed alla stipulazione di apposite convenzioni, al servizio di mediazione linguistico culturale di una Cooperativa Sociale del territorio, l'Arnera.³⁶⁴ Questo fa riferimento, in particolare, alle strutture territoriali, che facevano parte della ex ASL 5 di Pisa che attualmente sono state incluse nell' Area Vasta Nord Ovest,³⁶⁵ con l'obiettivo di “fornire”, sul territorio aziendale, un “sistema unico di mediazione”.

Per gli ospedali di Santa Chiara e Cisanello, invece, è stata stipulata una specifica convenzione fra l'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e la Cooperativa

³⁶⁴ Questo servizio di mediazione in ogni caso è attivo fin dal 2002, quando era gestito dall'associazione Il Ponte (confluita nel 2014 nella Cooperativa Sociale Arnera). La Cooperativa Arnera, infatti, si è costituita nel 2014 ed è sorta dalla fusione di altre quattro realtà del Terzo settore molto radicate ed attive sul territorio, la Cooperativa sociale Il Cerchio, Il Ponte, Il progetto e Paidea. Per approfondimenti si rimanda al sito web <http://www.arnera.org/>

³⁶⁵ Il servizio, pertanto, si svolge anche nella zona della Valdera e dell'Alta Val di Cecina che prima rientravano nel territorio dell'ASL 5 di Pisa. Include pertanto i presidi ospedalieri di Pontedera e Volterra ed è prevista la presenza fissa di mediatrici presso il Consultorio di Pontedera e nei consultori e nella pediatria dell'Alta val di Cecina dove vi è una mediatrice culturale araba per la quale diciotto ore al mese (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015). Un servizio analogo, inoltre, è svolto presso i Consultori di Massa ed Avenza e presso il Dipartimento materno infantile dell'OPA di Massa, (nel territorio della ex Asl 1 di Massa).

Arnera ed è prevista un'attività di coordinamento e gestione (con la presenza di una coordinatrice alcuni giorni settimanali).³⁶⁶

Fra gli obiettivi del servizio vi sono quelli di promuovere e facilitare l'accesso dei cittadini stranieri alle strutture sanitarie e sociali anche "attraverso azioni di orientamento, informazione e accompagnamento" e di fornire ausilio e facilitazione ai processi comunicativi e relazionali fra operatori sanitari ed utenza immigrata, così da "rimuovere" possibili "barriere linguistiche o culturali per ottenere una migliore risposta" ai bisogni di salute ed un più "efficiente" ed "efficace impiego delle risorse". Esso intende, inoltre, "offrire ai cittadini stranieri un'adeguata comprensione del contesto e delle modalità con cui vengono erogati i servizi sanitari" ed individuare al contempo i possibili ostacoli inerenti l'accesso ad essi.³⁶⁷

Nelle attività di tale progettualità sono coinvolti un coordinatore, un referente e numerosi mediatori linguistico culturali di madre lingua e le prestazioni, che possono essere realizzate attraverso diverse modalità, sono attivate su richiesta dagli "operatori aziendali" dell'AUSL, dei servizi sociali o dei presidi ospedalieri, senza costi a carico degli utenti. Esse possono prevedere la presenza fissa presso alcune strutture, l'attivazione su "chiamata programmata" o "urgente", attività di interpretariato telefonico e traduzioni scritte.³⁶⁸ Presso la AUSL della zona pisana la mediazione culturale "fissa" fa riferimento al consultorio immigrati, anche se con periodiche interruzioni, mentre per le altre strutture è prevista quella "a chiamata".

La tipologia di intervento prevalente è legata al superamento delle difficoltà linguistiche, mentre le dimensioni culturali fanno riferimento, il più delle volte "*situazioni particolari*", come ha messo in rilievo Annamaria Pieracci, responsabile dei servizi, sostenendo:

³⁶⁶ Questa attività al 2015 era realizzata con un contratto temporaneo. La responsabile del coordinamento, una mediatrice culturale di origine albanese in Italia da venti anni e laureata in Scienze delle Comunicazione, era in ogni caso assunta anche per attività di mediazione degli sportelli informativi della Cooperativa Arnera. L'intervista alla responsabile del coordinamento è stata, così, realizzata previa richiesta ed autorizzazione sia della Cooperativa Arnera che del Responsabile del Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Ospedale Santa Chiara, nel 2015.

³⁶⁷ Per approfondimenti si rimanda al sito web della Cooperativa Arnera web <http://www.arnera.org>

³⁶⁸ Si tratta in ogni caso di un ambito che muta di continuo in base alle possibilità economiche dell'Azienda Sanitaria Locale.

“Il punto di partenza è comunicativo, poi in certi contesti e situazioni [...] ti ritrovi a fare anche la parte culturale perché magari c’è la signora cinese che partorisce e magari è abituata.... Mi raccontava una mediatrice che questa signora cinese diceva: “che da noi il bimbo si allatta in un certo modo”. (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015).

La responsabile dei servizi ha evidenziato, inoltre, quali possano essere i vantaggi e gli svantaggi delle diverse modalità di erogazione della mediazioni ribadendo come, in ogni caso, le richieste si ricolleghino alle possibilità di budget delle aziende ospedaliere e dell’AUSL. A riguardo, sostiene:

“Con la presenza fissa tu hai la garanzia [...], ti puoi organizzare relativamente a questi orari però quando fai i conti con delle risorse economiche che non sono poi più quelle di prima ... “ (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015).

Le difficoltà legate all’attivazione delle mediazione telefonica, che può per certi versi essere vantaggiosa da un punto di vista organizzativo ed economico, ha rilevato Pieracci, possono essere molteplici in ambiti particolarmente delicati, quali quelli legati alla maternità o alle interruzioni volontarie di gravidanza, che richiedono un intervento competente che tenga conto dei fattori di complessità delle situazioni:

“Noi ci possiamo attivare anche sulla telefonica e certe situazioni ci hanno sollecitato a proporre quella telefonica, ma non la vuole nessuno perché quando ci sono questi ambiti qui dove tocchi delle situazioni abbastanza delicate come fai a risolvere una situazione con la telefonica? Non è che puoi fare un colloquio con una donna che vuol fare l’interruzione di gravidanza, per telefono! [...] Però un po’ questo stimolo nel dire “Ma perché non attivate la telefonica?” A volte ci è arrivato. Però [...] ci sono delle situazioni che non è che si può risolvere con la telefonica” (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015).

Le richieste per l’intervento di mediatrici culturali, inoltre, come hanno messo il rilievo sia la responsabile del servizio della Cooperativa Arnera che la coordinatrice del servizio presso l’ospedale sono particolarmente frequenti in ambito ostetrico e ginecologico. *“Ci sono degli ambiti che ci chiamano più spesso e altri un pochino meno, per esempio le ostetriche e la ginecologia ci chiamano spesso”* ha evidenziato a riguardo Pieracci (Intervista a Pieracci responsabile servizi della Cooperativa Arnera, 2015). Presso la sede ospedaliera in particolare, ha ribadito A. al coordinatrice del servizio, le attività di mediazione possono far riferimento a chiarificazioni inerenti le modalità del parto, come quello con

anestesia epidurale e sono più frequenti per le donne provenienti da Bangladesh, Cina, da paesi in lingua araba o per rom di origine macedone.

Il servizio della Cooperativa Arnera, coinvolge in prevalenza, mediatori in madre lingua che hanno conseguito una qualifica riconosciuta a livello regionale. E' svolto, infatti, in collaborazione con l'Associazione *dei Mediatori Linguistici e Socio-Interculturali* (A.M.I.C.)³⁶⁹ nella quale sono confluiti mediatori provenienti da diversi paesi che hanno condiviso un iter formativo comune. L' A.M.I.C., è sorta a Pisa nel 2003 con l'obiettivo di "facilitare la comunicazione" e "favorire l'accesso ai servizi, alle istituzioni" della popolazione straniera e da diversi anni è impegnata sul territorio provinciale, per la realizzazione di progetti in diversi ambiti, attraverso la collaborazione con enti pubblici e organizzazioni no-profit.

³⁷⁰ A., coordinatrice delle attività di mediazione per l'azienda ospedaliera e mediatrice culturale di origine albanese, a riguardo, racconta:

"Praticamente nel 2002 2003 ci fu questo primo corso di mediatore che ha organizzato la provincia di Pisa con un ente qui di formazione [...] Era aperto a sole donne il primo corso era solo per donne invece i successivi hanno aperto anche a uomini [...] Cos' è successo? Con mediatori che hanno fatto lo stessa edizione mia del corso, 2002 - 2003 e quelli che hanno fatto successivamente, abbiamo creato un'associazione che adesso c' è ancora si chiama A.M.I.C. un'associazione di mediatori linguistici interculturali" (Intervista ad A. Servizio di mediazione culturale, Ospedale Santa Chiara, Pisa, 2015)

Negli ultimi anni, tuttavia, non sono stati organizzati sul territorio percorsi volti ad una formazione qualificata in questo ambito e ciò costringe il servizio gestito dalla Cooperativa Arnera a far riferimento, in particolari circostanze o per specifiche esigenze linguistiche, a mediatori che non hanno una qualifica riconosciuta a livello regionale. A riguardo infatti Pieracci sostiene:

³⁶⁹ I mediatori dell' A.M.I.C. provengono da molti paesi e svolgono sia attività di mediazione linguistico culturale e sia progettazione di "interventi rivolti ai singoli cittadini immigrati ad aziende od ogni altro soggetto pubblico e privato in diversi settori.

³⁷⁰ Sono molteplici i servizi che l'associazione A.M.I.C. ha realizzato negli anni. Fra questi vi sono percorsi nelle scuole, accoglienza e accompagnamento dei bambini e delle loro famiglie immigrate sul territorio, sostegno all'insegnamento della lingua italiana come seconda lingua ed impegno nel favorire il mantenimento della lingua e della cultura d'origine; formazione rivolta agli operatori e mediatori; formazione per cittadini stranieri; promozione di contatti con i paesi di provenienza attraverso viaggi, gemellaggi, scambi, cooperazione, divulgazione di materiale informativo, orientamento al turismo responsabile. L' A.M.I.C. ha aderito nel 2003 all'Istituzione Centro Nord-Sud di Pisa.. Significativa in ambito sanitario agli inizi del 2000 la Realizzazione del progetto "Ospedale Interculturale" presso l'Azienda Ospedaliera Pisana finalizzato a dei interventi di mediazione culturale e linguistico a chiamata da parte dei reparti ospedalieri di Pisa.

“Le prime mediatrici nostre, quindi ti parlo di diversi anni fa, hanno preso tutte il diploma di mediatore finché facevano i corsi. Poi finito, tabula rasa, nessuno più fa un corso di formazione di mediatore, quindi cosa facciamo, cerchiamo ... Ora l’ultimo corso che è stato fatto soprattutto qui su Pontedera, o anche su Pisa, si cerca sempre di insistere [...] Tante volte ci viene messa la formazione per il personale pubblico, io dico sempre guardate, ricordatevi dei mediatori, perché di fatto ci sono delle persone che magari lavorano con noi da tantissimo tempo e non gli si riesce a trovare un corso che li possa dare una qualifica.” (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015).

Le attività del servizio di mediazione, inoltre, sono gestite nell’ambito della Società della Salute pisana ed i rapporti con i responsabili delle strutture sanitarie sono particolarmente frequenti e sono legati sia alle gestione ordinaria che a particolari circostanze e problematiche, come ha messo in rilievo la responsabile ribadendo:

“I rapporti istituzionali sono con i referenti e poi quelli quotidiani quando ci chiamano sono le ostetriche, il medico che ci interpella, tanto ormai ci conoscono. Ogni anno si fa una riunione formale con i vari referenti, e poi scrivo loro se la ragazza si assenta o si ammala. Se ci sono stati dei problemi c’è bisogno che la contatti. Per esempio quando facciamo la rendicontazione trimestrale se ci sono state delle discordanze tra le nostre mediazioni e le loro li richiamo, [...] ci vediamo una volta al mese” (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015).

Le reti nelle quali la cooperativa Arnera è coinvolta per il servizio di mediazione, come ha rilevato la sua responsabile, possono essere più o meno formalizzate e sono rappresentate sia dai servizi sanitari del territorio anche da altri enti del privato sociale.³⁷¹ Il fatto che il servizio sia gestito nell’ambito della Società della Salute, può, infatti, facilitare il ricorso ad esso da parte di altre organizzazioni del terzo settore o del privato sociale impegnate sul territorio in progettualità che riguardano la salute delle immigrate, fra cui l’associazione Donne in Movimento, che gestisce attività di accoglienza per donne vittime di tratta, violenza o in situazione di disagio, l’ Arci o Paim che si occupano invece di richiedenti protezione internazionale. Questi enti in caso di necessità, possono rivolgersi alla Società della Salute (Interviste referente Associazione D.I.M.

³⁷¹ La cooperativa Arnera gestisce inoltre, sul territorio alcuni di sportelli informativi per la popolazione straniera, che prevedono attività di mediazione linguistico culturale e possono orientare ed indirizzare le immigrate ai servizi sanitari del territorio o rappresentare un ausilio nell’eventualità vi siano difficoltà nel disbrigo di pratiche burocratiche in ambito sanitario. L’attività degli sportelli che coinvolge gli stessi mediatori culturali si svolge, in ogni caso, non sul contesto cittadino di Pisa bensì nel territorio della Valdera, finanziato dall’ Unione dei Comuni (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015)

2016; referente SPRAR dell' Arci, 2016; referente Cooperativa P.A.I.M., 2016).³⁷²

Le attività di mediazione, inoltre, sono pubblicizzate e presentate in ambito sanitario in diversi momenti ad esempio in occasione di corsi di formazione per operatori, come ha ribadito A., la Coordinatrice della mediazione in ambito ospedaliero, ribadendo:

“Insomma anche la cooperativa è organizzata benissimo con i servizi stessi per fare più volte la presentazione anche all' interno di vari corsi, quando ci sono corsi aziendali. Sia per quanto riguarda l'azienda ospedaliera sia per la USL viene presentato il servizio si cerca insomma di inserire un modulo per quanto riguarda il servizio di mediazione tutte le opportunità.” (Intervista ad A. Servizio di mediazione culturale, Ospedale Santa Chiara, Pisa, 2015)

Le principali difficoltà di questo servizio fanno riferimento alla riduzione del budget riservati alla mediazione culturale nel tempo, come ha evidenziato la responsabile della Cooperativa Arnera che a riguardo sostiene *“dal 2002 hanno tolto un po' di investimenti”* e anche *“la presenza”* delle mediatrici *“è diminuita”* in termini di ore. I problemi economici possono influire anche sulla continuità delle attività nelle diverse strutture,³⁷³ come avviene, ad esempio, presso il consultorio immigrati del CEP, dove negli ultimi anni la presenza della mediatrice culturale, finanziata solo per determinati periodi di tempo, è stata interrotta frequentemente, anche per diversi mesi.³⁷⁴

7.5 - Il ruolo delle reti del privato sociale per la tutela della salute delle immigrate e la percezione dell'integrazione socio - sanitaria sul territorio

Sono numerose sul territorio pisano le organizzazioni che afferiscono al privato sociale coinvolte nell'ambito della tutela della salute delle donne

³⁷² Essa inoltre collabora per tale progettualità anche enti pubblici e sanitari, e realtà del terzo settore su altri territori come quello della Valdera o di Massa ove è prevista l'attività di mediazione.

³⁷³ Presso la Cooperativa Arnera è previsto inoltre, un attività di mediazione linguistico culturale i distretti ed i consultori della ex Azienda USL 1 di Massa Carrara, dal 2014, con mediatrici di lingua araba, cinese, russa e rumena che svolgono il loro servizio di presenza fissa nei Consultori di Massa ed Avenza e presso il Dipartimento materno infantile dell'OPA di Massa. Al momento dell'intervista alla responsabile anche questo servizio era incerto e in fase di sospensione (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015).

³⁷⁴ Quando la ricerca sul campo è stata avviata il servizio di mediazione linguistico culturale del CEP era stato interrotto. La presenza della mediatrice è stata poi riconfermata alcuni mesi dopo, ma sempre in maniera non stabile.

immigrate attraverso svariate attività o progettualità quali servizi di orientamento, informazione, accoglienza, accompagnamento che, pertanto, possono influire direttamente o indirettamente sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari.³⁷⁵

Fra queste vi sono l'Associazione Donne in Movimento, impegnata in progetti volti all'accoglienza di immigrate in condizioni di disagio socio economico, vittime di violenza, di tratta e sfruttamento inserite in percorsi di protezione sociale e dalla metà del 2015 di donne richiedenti protezione internazionale.³⁷⁶ Vi è, poi, il Progetto Sally della Cooperativa Arnera (ex Cooperativa Il Cerchio) rivolto, attraverso l'ausilio di una unità di strada, alla "riduzione del danno" per vittime di tratta o donne inserite nella prostituzione,³⁷⁷ mentre la Cooperativa Paim³⁷⁸ e l'Arci Comitato Territoriale di Pisa, sono coinvolti in progettualità per richiedenti protezione internazionale o inerenti la salute delle donne straniere.³⁷⁹

³⁷⁵ Non ci si propone in questa sede di entrare nel merito di una mappatura esaustiva dei servizi e delle progettualità sul territorio, quanto piuttosto, di focalizzare l'attenzione sulle attività più rilevanti per la salute delle donne immigrate presenti sul territorio. Ciò con l'obiettivo di individuare, a partire dalle interviste agli informatori privilegiati, quale ruolo esse svolgano nell'ambito delle possibilità di accesso e fruizione ai servizi, in collaborazione con enti dell'ambito sanitario o con gli altri enti pubblici, focalizzando l'attenzione sulle reti in cui sono coinvolte. A partire dalle opinioni e dalle percezioni degli informatori privilegiati, inoltre, si intende di individuare quali siano le specificità del territorio pisano, le sue peculiarità i suoi tratti distintivi.

³⁷⁶ L'Associazione Donne in Movimento si è costituita nel 1997. Nella struttura Casa Salima accoglie immigrate che sono in situazione di disagio e difficoltà, per lo più badanti che hanno perso il lavoro e sono pertanto seguite anche nell'orientamento e nell'inserimento lavorativo. Essa, inoltre, gestisce uno spazio aggregativo per donne immigrate il giovedì, coinvolgendole in attività quali il cucito ed uno sportello informativo e di orientamento lavorativo. I target che coinvolge nei suoi progetti sono così molto diversi fra loro. (Intervista referente DIM, 2016).

³⁷⁷ Il progetto Sally in particolare è attivo dal 2000 e riguarda i territori di Pisa, San Giuliano e Vecchiano. Esso è finanziato dalla Società della Salute della Zona Pisana e dalla Regione Toscana e l'unità di strada realizza tre uscite alla settimana, prevedendo "attività di ascolto, informazione, distribuzione di contraccettivi e generi di conforto". Nel corso del servizio, inoltre, viene diffuso il recapito a cui le donne possono eventualmente rivolgersi, per colloqui ed "accompagnamenti ai servizi socio-sanitari". In tal modo il progetto si propone di avviare percorsi di "fuoriuscita dai circuiti della Tratta e dello Sfruttamento" e monitorare al contempo del fenomeno della prostituzione in strada. Per approfondimenti si rimanda al sito della Cooperativa Arnera <http://www.arnera.org/aree/alta-marginalita-fragilita/sally-people/>

³⁷⁸ P.A.I.M. Cooperativa sociale è impegnata sul territorio in diversi settori, fra cui infanzia, salute mentale, disabilità. Nell'ambito dell'immigrazione si occupa dell'accoglienza di richiedenti asilo sia di donne che di uomini, e svolge tale attività in collaborazione con la Società della Salute e la Prefettura. Gestisce inoltre uno sportello volto all'incontro fra domanda e offerta di lavoro nel settore dell'assistenza e cura per anziani (Progetto ADA). www.paimcoop.org/

³⁷⁹ L'Arci Comitato Pisa gestisce sul territorio le progettualità S.P.R.A.R (Sistema di Protezione per richiedenti asilo e rifugiati) ed alcuni C.A.S. (Centri di accoglienza straordinaria) accogliendo sia donne che uomini. Dal 2016, inoltre, è impegnato in un progetto rivolto nello specifico all'accoglienza ed alla tutela della salute delle immigrate. (Intervista a referenti SPRAR dell'Arci). Per approfondimenti si rimanda al sito web <http://www.arcinetwork.net/p/larci-pisa.html>

Gli operatori e le mediatrici culturali impegnati in tali progettualità, accompagnano ed orientano le utenti nei loro percorsi sanitari sul territorio.³⁸⁰

Accanto ad associazioni ed enti più istituzionalizzati³⁸¹ vi è poi, come ha evidenziato Bontempelli *“un tessuto molto ricco di associazioni indipendenti”*,³⁸² ovvero *“il piccolo associazionismo indipendente, spesso affidato al volontariato, che non svolge servizi per conto degli enti pubblici, che spesso non fa nemmeno progettazione [...] l’associazionismo di aggregazione di base”* (Intervista a Bontempelli, Associazione Africa Insieme, Pisa, 2015). Queste costituiscono, un ampio network che, come ha rilevato Bontepelli *“mette insieme reti pacifiste, ambientaliste e di giustizia sociale [...] tutta la rete del commercio eco-solidale, dei gruppi acquisto solidale”*, coinvolgendo *“associazioni come lega ambiente”* *“quelli che si occupano di migranti, che siamo noi”*, *“del territorio”* o *“di lavoro”* e rappresentano, ribadisce, il presidente di Africa Insieme:

“un gruppo originariamente legato al movimento pacifista dei disobbedienti, quelli del 2000 2001 che avevano occupato diversi spazi. [...] Con questo sguardo a metà tra decrescita, giustizia sociale... Il post Genova. E poi diciamo nel tempo è una rete che è molto radicata territorialmente, che quindi fa molte vertenze locali (Intervista a Bontempelli, Associazione Africa Insieme, Pisa, 2015)

Fra queste associazioni Africa Insieme, in particolare, è impegnata nella tutela dei diritti e coinvolta soprattutto con le fasce più marginali della popolazione

³⁸⁰ Un'altra associazione che svolge attività volte a orientare e indirizzare le immigrate ai servizi del territorio è Unità Migranti che dall'aprile de 2014 ha aperto uno sportello informativo presso i locali del Consiglio Territoriale di Partecipazione del quartiere CEP.

³⁸¹ Nel corso della ricerca sono state svolte interviste alla referente dei servizi di mediazione culturale della Cooperativa Arnera (2015), al Dott. Paletti, ricercatore e referente del servizio immigrazione della Caritas (2015), al Presidente dell' Associazione Africa Insieme (2015), ad una referente dell'Associazione D.I.M. donne in Movimento (2016), alla responsabile dei servizi di accoglienza per donne richiedenti asilo della Cooperativa P.A.I.M. (2016) ed alla mediatrice culturale impegnata in tale progettualità (2016), alla responsabile del progetto Sally, per donne vittime di tratta gestito dalla Cooperativa Arnera (2017) ed alla presidente dell' Associazione A.D.M.I. (Associazione Donne dal Mondo Insieme), mediatrice culturale di origine iraniana.

³⁸² Fra queste vi è una associazione di donne immigrate che si è costituita nel 2005 l'associazione A.D.M.I. (Associazione Donne dal Mondo Insieme) che nasce come ha evidenziato la sua attuale presidente *“dall’incontro delle donne che facevano parte della consulta dell’immigrazione della Provincia”*, dunque, provenienti da percorsi politici o associativi che hanno sentito la necessità di un gruppo di sostegno e di ausilio, più informale. Come ha ribadito la sua presidente ADMI è un'associazione che è volta all' ascolto ed al confronto *“al di là di un progetto che può avere un finanziamento”* e che vuole rappresentare un ausilio anche nei percorsi di maternità o per l' accesso alla salute (Intervista P. Presidente Associazione A.D.M.I. e mediatrice culturale di origine iraniana, 2015) L'associazione ha realizzato anche sportelli, corsi di formazione ed a riguardo la presidente ha ribadito *“volevamo fare sempre qualcosa per noi e abbiamo fatto abbiamo un po' il nostro modo il nostro stile abbastanza casalingo però senza lasciare le professionalità da un parte.”* (Intervista P. Presidente Associazione ADMI, mediatrice culturale di origine iraniana, 2015) La presidente collabora anche con la cooperativa Arnera come mediatrice culturale e fa parte di AMIC (Associazione di mediatori linguistico culturali).

immigrata e rom, fornendo anche attraverso un'attività di sportello, informazione o orientamento ai servizi, ausilio per il disbrigo di pratiche burocratiche, sostegno giuridico.³⁸³

Molteplici sono, pertanto, sul territorio le reti di collaborazione fra enti pubblici e del privato sociale che possono essere caratterizzate da diversi livelli di formalizzazione.³⁸⁴ Nell'ambito di tali network, un "nodo" centrale è rappresentato dalla Società della Salute, che svolge un ruolo di fondamentale importanza poiché ad essa fanno riferimento gran parte dei servizi e delle progettualità che riguardano la salute delle immigrate, coinvolgendo enti dell'ambito sanitario, servizi territoriali come i consultori e del privato sociale, in reti più formalizzate rispetto ad altri contesti territoriali, come quello napoletano o campano.

A riguardo D. referente della Società della Salute pisana al 2015, ribadisce:

"Sul territorio ci sono sportelli che si occupano di immigrazione: casa, lavoro e pratiche! Pratiche legate allo stato giuridico, legate all'orientamento ai servizi [...] Qui [presso la sede della Società della Salute] c'è la responsabile dei servizi per l'immigrazione, c'è la responsabile dei servizi per la disabilità ... qui dentro ci sono tutti i responsabili dei servizi sociali! Quindi, è chiaro che il consultorio viene qui..." (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015) .

Ci si può chiedere, così, se la Società della Salute facilitando il confronto fra i vari soggetti coinvolti sul territorio, possa favorire le possibilità di far circolare informazioni o la risoluzione di problematiche burocratiche che possono ostacolare l'accesso ai servizi sanitari della popolazione straniera ed in particolare delle donne.

Tali possibilità, in ogni caso, si intrecciano anche a dinamiche più propriamente politiche, legate alla gestione dei fenomeni migratori. Dalle interviste è emerso come nel contesto pisano l'attuale amministrazione abbia intrapreso, in ambito

³⁸³ L'Associazione Africa Insieme in particolare attiva sul territorio dalla fine degli anni '80 ma costituitasi in maniera formalizzata nel '97, è inserita soprattutto in una ampia rete anche informale e rappresentata da realtà dell'associazionismo di base". (Intervista a Bontempelli, Presidente dell'Associazione Africa Insieme, 2015). Per approfondimenti si rimanda al sito <https://africainsieme.wordpress.com/>

³⁸⁴ Vi sono per altro sul territorio, così come a Napoli, coordinamenti di associazioni o reti che possono rappresentare un ausilio anche per la rivendicazione di istanze o nel rapportarsi ad enti pubblici. Fra questi il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (C.N.C.A.) Toscana che si confronta con le istituzioni quali la stessa Società della Salute o le reti del GRIS della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, impegnata nell'ambito della tutela salute immigrata e della rivendicazione dei diritti in tale ambito.

migratorio, una politica, per certi versi, securitaria, così come più “prudente” è divenuto, rispetto al passato, l’orientamento della Società della Salute in riferimento alla capacità di realizzare, attraverso percorsi partecipati, progettualità innovative (Intervista a Bontempelli, presidente di Africa Insieme, a Zappolini Presidente del CNCA e D. Società della Salute Zona Pisana).³⁸⁵

A riguardo sono emblematiche le parole di Bontepelli che ribadisce:

“Per questa amministrazione il problema dell’immigrazione è la sicurezza del cittadino italiano!” (Intervista a Bontempelli, Associazione Africa Insieme, Pisa, 2015)

Alcune reti, in ogni caso, come quelle per la tutela dalla violenza di genere o della salute femminile che coinvolgono i servizi territoriali come i consultori, il servizio sociale e gli enti del Terzo Settore, sono considerate particolarmente attive nell’ambito della Società della Salute, come si evince dalle interviste. D. referente della Società della Salute nel 2015, a riguardo, evidenzia:

“Sulle donne ci sono reti vere e che lavorano! [...] Attualmente stiamo lavorando tanto ancora sul discorso della violenza e del codice rosa. E questo è rimasto un settore molto vivace [...] questa rete è legata da un protocollo formalizzato con i servizi. [...] Queste reti sono reti vere! Che coinvolgono tutti i servizi, sociale, consultoriale [...] Io che ho avuto la responsabilità di scrittura delle linee guida, c’avevo i servizi avanti!” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015) .

Le attività dei soggetti che sono coinvolti in queste reti e che riguardano anche le immigrate, possono alle volte essere considerate complementari, come rileva l’ex referente della Società della Salute sostenendo:

“Ora stiamo lavorando con l’azienda ospedaliera per il codice rosa, [...] Quindi c’è un lavoro in questo senso anche con le donne straniere, direttamente. DIM, Donne in Movimento, fa anche un lavoro di empowerment [...] e fa anche un lavoro di protezione e di accoglienza. [...]Tre soggetti del terzo settore: Associazione Donne in Movimento, Associazione Casa della Donna e la Cooperativa Arnera, ex cooperativa Il progetto, con tre interventi che sono complementari. Sia l’associazione Casa della Donna che Donne in Movimento, appunto lavorano sulla violenza; l’associazione Donne in Movimento ha anche un servizio di pronta reperibilità, e quindi fanno accoglienza e su questo c’è una rete vera! Vera anche rispetto, per esempio, alla presa in carico dei servizi.” (Intervista a D., Società della Salute Zona Pisana, 2015) .

I referenti delle progettualità inerenti l’immigrazione femminile, hanno messo in rilievo, per altro, l’esistenza di un frequente raffronto con la responsabile del

³⁸⁵ Si rimanda a riguardo al paragrafo 7.2

settore dell'Alta Marginalità della Società della Salute, in caso di necessità. A riguardo ad esempio la referente dell'Arci, sostiene come vi sia:

“Un rapporto pressoché quotidiano con la responsabile del progetto per l' ente titolare [...] Per qualsiasi problematica per la quale è necessario magari un loro intervento, noi non abbiamo difficoltà a confrontarci con lei e ad affrontare, poi, la cosa anche in modo congiunto” (Intervista a Referente Arci, Progetto SPRAR, Pisa 2016)

Nelle interviste, inoltre, emerge una considerevole collaborazione fra gli enti del privato sociale e i servizi sanitari territoriali. Il consultorio immigrati, infatti, rappresenta un importante punto di riferimento per le organizzazioni che gestiscono i servizi rivolti alle immigrate, come Donne in Movimento, P.A.I.M., l'ARCI o il Progetto Sally. Tali reti non sono necessariamente formalizzate attraverso protocolli o convenzioni, come si evince dalle interviste, ma legate a prassi ben consolidate e fanno riferimento alla Società della Salute. La referente dell'ARCI, ad esempio, evidenzia:

“Anche nel passato [...]noi abbiamo avuto sempre i rapporti con la Del Bravo che insomma è diventata, è la ginecologa di tutte le nostre donne.” (Intervista a Referente Arci, Progetto SPRAR, Pisa 2016)

Ulteriori riferimenti sul territorio sono rappresentati, poi, dai reparti di ginecologia ed ostetricia dell' Ospedale Santa Chiara per le donne che vivono la maternità in Italia o quello di malattie infettive dell' Ospedale di Cisanello.

Il percorso sanitario per richiedenti asilo infatti, come ha ribadito la referente dell'Associazione D.I.M., include esami inerenti le malattie sessualmente trasmissibili, che sono svolti presso il consultorio o per la tubercolosi e l' HIV.

“Di prassi appunto [...] appena arrivano facciamo un STP e con l'STP iniziamo tutto lo screening sanitario. Poi nel frattempo che magari si fanno i vari accertamenti se c'è qualche problematica si può comunque affrontare anche con l'STP. Noi di prassi, per esempio, a malattie infettive la prima cosa che facciamo è appunto lo screening delle malattie sessualmente trasmesse e la matoux e parliamo da lì. [...] Facciamo prescrivere anche gli esami quelli di chimica clinica di routine [...] la profilassi per la TBC [...] l' HIV “ (Intervista a Referente Associazione D.I.M., Pisa, 2016)

La referente del progetto Sally, analogamente, ha evidenziato come anche nel caso della loro progettualità i riferimenti sul territorio in ambito sanitario siano rappresentati dal consultorio del C.E.P., dai reparti di ostetricia e ginecologia del Santa Chiara a Pisa, dal reparto di malattie infettive di Cisanello a Pisa e da punti

in cui c'è il medico di base, ed in particolare a Pisa dall' ambulatorio medico Villani,³⁸⁶ che è “in convenzione con la Società della Salute” (Intervista alla Responsabile del Progetto Sally, Cooperativa Arnera, 2017).³⁸⁷ In tal caso, rileva la responsabile del progetto

*“Non ci sono convenzioni o protocolli, ci sono stati in un primo momento, poi le cose funzionano per accordi formalizzati ma con i referenti non con l'azienda. Abbiamo questo sistema di prenotazione molto stabile.” (Intervista alla Responsabile del Progetto Sally, Cooperativa Arnera, Pisa 2017).*³⁸⁸

Le diverse realtà del privato sociale impegnate nell'ambito delle progettualità con le donne immigrate, inoltre, possono collaborare fra loro per far fronte a situazioni particolarmente complesse. Le organizzazioni impegnate nell'accoglienza di donne richiedenti protezione internazionale come l'A.R.C.I. e la P.A.I.M., ad esempio, fanno riferimento all' associazione D.I.M., per i colloqui inerenti la tratta delle donne accolte presso le proprie strutture.

Una problematica che è emersa nel corso delle interviste, a Pisa come a Napoli, infatti, riguarda la recente commistione fra richiesta di protezione internazionale e tratta. Le reti criminali coinvolte nello sfruttamento, come ha ribadito la responsabile del Progetto Sally, al momento di stanno avvalendo, soprattutto per la tratta delle donne nigeriane “*delle rotte del traffico di migranti*” . “*Le nuove nigeriane*” così, “*arrivano attraverso gli sbarchi e le organizzazioni criminali si stanno approfittando del sistema di protezione internazionale*” (Intervista a responsabile del Progetto Sally, Cooperativa Arnera, 2016). Si tratta di donne che, come emerso dalle interviste, nel corso del tragitto in Italia e soprattutto in Libia subiscono numerosi abusi e violenze cosicché come ha evidenziato Anna Batini, Responsabile della Cooperativa PAIM, “*sul corpo*” portano “*i segni*” della “*sofferenza*” e degli abusi (Batini responsabile PAIM, 2016).

L'ausilio delle reti sul territorio può rappresentare una risorsa anche qualora i referenti delle progettualità si trovino dinanzi a barriere o problematiche

³⁸⁶ L'ambulatorio “C. Villani” si occupa di medicina di base ed è rivolto a “coloro che sono esclusi dal Servizio Sanitario Nazionale”. Esso è gestito dall' Associazione S. Vincenzo Dei Paoli di PISA.

³⁸⁷ Nell'ambito del progetto Sally nel 2016 sono state accompagnate al consultorio immigrati 51 donne, “una media di uno a settimana” in prevalenza provenienti da Nigeria, Romania a Albanesi” (Intervista a responsabile Progetto Sally, Cooperativa Arnera, 2017)

³⁸⁸ Il progetto Sally ha come ulteriori punti di riferimento anche o l'ospedale di Pontedera e per il medico di base l'ambulatorio per stranieri nel distretto di Flaming a Pontedera. (Intervista a responsabile Progetto Sally, Cooperativa Arnera, 2017)

burocratiche. In tal senso è significativa l'esperienza della responsabile del progetto Sally che ha ribadito come il sostegno della rete locale volta alla tutela dei diritti e della salute degli immigrati della Società Italiana di Medicina delle migrazioni (il G.R.I.S. Toscana) abbia consentito di risolvere alcune difficoltà sorte per una interpretazione erronea della normativa, che limitava l'accesso ai servizi sanitari di donne irregolari. A riguardo racconta:

“Ci sono stati momenti in cui è passata la circolare della Regione o dell'ufficio esteri che dettagliava l'applicazione dell' STP in maniera difforme e gli operatori sono stati molto restrittivi. L'anno scorso o due anni fa ci fu una circolare per la quale per rilasciare l' STP era necessaria l'esibizione del passaporto che è una riba difforme dalla normativa [...] Con lavoro del G.R.I.S. Toscana sono state attivate le modifiche e l'abbiamo esibite al distretto” (Intervista alla Responsabile del Progetto Sally, Cooperativa Arnera, Pisa 2017)³⁸⁹

Nel corso delle interviste, inoltre, è emersa in linea di massima, una percezione positiva sul territorio in riferimento alla integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario per far fronte alle situazioni più complesse che richiedono un approccio integrato, così come delle reti volte ad orientare ed indirizzare le donne fra i diversi ambiti anche in situazioni più problematiche. Emblematiche a riguardo le parole del referente del settore immigrazione della Caritas Pisana, che ha ribadito:³⁹⁰

“Pisa è uno dei posti dove in Toscana si è sperimentata di più l' integrazione socio sanitaria. In Italia il primo distretto integrato [...] uno dei primi tre distretti integrati era a Pisa. Quindi rispetto alla necessità di integrare il sociale e il sanitario c'è anche una buona cultura di fondo e c'è anche una consapevolezza abbastanza diffusa. Pisa è uno dei posti dove per primo si sono sperimentate le Società della Salute con delle evoluzioni questo tipo di ragionamento L'integrazione fra pubblico e privato sociale c'è perché comunque in Toscana questo è un tipo di integrazione c'è sempre stato.” (Intervista a Paletti, Caritas, Pisa, 2015)

Secondo il referente della Caritas ciò si ricollega anche alla gestione dei servizi sanitari sul territorio ed a riguardo rileva come la presenza della scuola Superiore

³⁸⁹ Una delle problematiche in riferimento alle possibilità di accesso ai servizi sanitari per le donne vittime di tratta che il Progetto Sally ha contattato nel corso del servizio dell'Unità mobile attiene al fatto che molte di esse hanno fatto richiesta di asilo in altre regioni italiane, per cui non possono accedere con il permesso ai servizi sanitari. Ciò costringe, alle volte, all'uso improprio della tessera S.T.P. per immigrate irregolari (Intervista alla Responsabile Progetto Sally, Cooperativa Arnera, 2017).

³⁹⁰ Il Dott. Paletti è referente della Caritas per il settore immigrazione ed inoltre è un ricercatore. Ha preso parte ad indagini inerenti la salute degli immigrati e delle possibilità di accesso ai servizi sanitari sul territorio regionale realizzate dalla Scuola Superiore Sant'Anna ed inoltre cura la sezione regionale del Dossier Statistico dell'Idos, sull'immigrazione.

di Studi e Perfezionamento Sant'Anna, influisca considerevolmente *“sul sistema socio sanitario toscano ma anche pisano”*, che rappresenta una *“sorta di prototipo o luogo dove sperimenta modelli”* prestando una particolare attenzione alla valutazione dei servizi (Intervista Paletti, Referente per l'immigrazione della Caritas Pisana, 2015). Per l'assistenza sanitaria degli immigrati, anche in situazioni problematiche o emergenziali pertanto, si fa riferimento in genere ai servizi pubblici, come ha evidenziato Paletti:

“L'assistenza ma anche per irregolari comunque per le emergenze per le urgenze passa dal servizio pubblico cioè sia a parte che deve essere garantita [...] Noi quando facciamo una telefonata e diciamo “Ho questo problema di salute per questo cittadino immigrato” “Mandacelo!”. In questa cosa riusciamo! Mentre su altri su parti ad esempio quella occupazionale abbiamo avuto la necessità di ristrutturarci!” (Intervista a Paletti, Caritas, Pisa, 2015)

Significative, inoltre, in riferimento alle reti sono anche le parole della coordinatrice del servizio di mediazione linguistico culturale dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Pisana in convenzione con la Cooperativa Arnera che ribadisce:

“C'è una buona rete che lavora sia sull'ambito dell'immigrazione sia su tutti gli ambiti che riguardano il socio sanitario [...] perché se la donna stessa non conosce dove poter rivolgersi però le associazioni o persone a conoscenza che diciamo la indirizzano da una parte piuttosto che dall'altra riescono a mettersi in contatto per poter avere una soluzione. Chi ne viene a conoscenza segnala il caso e poi si riesce a inserire la donna in base al bisogno [...] Sicuramente a Pisa si funziona benissimo questa rete. Insomma sia alla USL che in ospedale esiste il servizio di mediazione per cui insomma i reparti hanno possibilità di attivare per l'accompagnamento per continuare insomma il percorso iniziato da loro con i mediatori, presso insomma il territorio. Credo insomma che funziona benissimo non ci sono difficoltà. Poi ci sono le nicchie che magari non sanno proprio le procedure esatte” (Intervista ad A. Servizio di mediazione culturale, Ospedale Santa Chiara, Pisa, 2015)

Analogamente la responsabile delle Unità funzionali consultoriali del territorio pisano dà un riscontro positivo in riferimento a tale dimensione, evidenziando come, in ogni caso, l'integrazione fra gli ambiti potrebbe essere migliorata con l'ausilio di maggiori risorse economiche. Sostiene a riguardo:

“Si certamente sì [esiste] .. Non sarà perfetta come non è perfetto niente [...] Con maggiori risorse sicuramente si potrebbero fare tante cose in più.” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015).

Ci si può domandare, dunque, se e come le caratteristiche di tali reti e dei modelli organizzativi in ambito socio sanitario possano influire sulle possibilità di

accesso ai servizi sanitari delle immigrate, sui loro percorsi di salute e maternità. E' stato possibile riscontrare come siano ben delineati e definiti percorsi di accesso per le donne che possono far riferimento alle apposite progettualità del territorio, sebbene si tratti di una utenza complessa e problematica. Ci si può chiedere, in ogni caso, se tali caratteristiche possano facilitare anche le possibilità di accesso ai servizi delle immigrate che, invece, non fanno riferimento a progettualità specifiche e che sono impiegate in prevalenza nell'ambito di attività di cura ed assistenza, come quelle provenienti da Ucraina o filippine. Ci si può domandare, poi, quali siano le differenze in tal senso rispetto a contesti diversi per governance dei servizi socio – sanitari, come quello napoletano.

Per rispondere prenderemo in considerazione, nei prossimi capitoli, il punto di vista degli operatori sanitari e delle immigrate, in riferimento alle difficoltà inerenti la relazione medica, per poi focalizzare l'attenzione sui percorsi di accesso ai servizi nell'ambito materno infantile e della salute femminile di immigrate di provenienza filippina e ucraina, nei due contesti di indagine considerati.

Parte III

Accesso e fruibilità ai servizi sanitari delle immigrate Percorsi di salute e maternità

CAPITOLO VIII

L'importanza delle dinamiche relazionali: la relazione medico – paziente e le sue problematiche

Numerose indagini hanno riconosciuto come la dimensione relazionale possa influire considerevolmente sui percorsi di salute degli stranieri (fra cui quelle di Quaranta, 2012; Masullo, 2010; Bigot, Russo; 2008, Tognetti Bordogna 2008; Falteri, Giacalone 2013, Padovan, Alietti, 2008, Fantauzzi, 2010; Kleinman, 2006, 1995, 1980; Good, 1999, 2006; Fassin, 2001, 2004; Mazzetti, 2005; Colasanti, Geraci, 1995). E', infatti, nella relazione con medici e operatori sanitari che, come ha ribadito Masullo, "si realizza concretamente il diritto alla salute" degli immigrati (Masullo, 2010: 17).³⁹¹

In questo capitolo dopo aver messo in rilievo l'importanza degli aspetti relazionali e delle loro problematiche in riferimento alle riflessioni condotte nella prospettiva dell'antropologia medica e in quella più propriamente sociologica, ci si soffermerà, sulle rappresentazioni delle utenti immigrate e sulle percezioni inerenti le difficoltà relazionali, di medici e operatori sanitari, a partire dalle interviste e dall'attività di osservazione realizzata nel corso della ricerca. Si prenderà, quindi, in considerazione il ruolo e l'importanza svolta dalla formazione e dalla mediazione interlinguistica e interculturale,³⁹² individuandone le

³⁹¹ In questa ricerca si è focalizzata l'attenzione sugli aspetti inerenti la relazione medico-paziente nel corso dell'attività di osservazione presso dei consultori ginecologici di Napoli e Pisa e nell'ambito delle interviste realizzate a medici, ostetriche ed operatori sanitari impiegati in questi servizi. Le interviste semi-strutturate sono state condotte con l'obiettivo di mettere in evidenza il punto di vista le percezioni degli operatori sanitari in riferimento alle problematiche delle donne straniere ed alle difficoltà inerenti le loro attività o la stessa dimensione relazionale. L'approccio più adeguato a tali obiettivi, pertanto, è parso quello qualitativo ed il campione di medici ostetriche e operatrici sanitarie è su "scelta ragionata". Sono stati infatti intervistati gli operatori che hanno dato la loro disponibilità nell'ambito dei servizi consultoriali ove è più significativa la presenza di donne immigrate. Si tratta dunque di un campionamento di tipo non probabilistico e pertanto, quanto emerso nel corso delle interviste non può essere generalizzato, ma si pone quale punto di partenza per elaborare riflessioni e per ulteriori approfondimenti.

³⁹² Numerose sono le denominazioni che fanno riferimento a tale attività. Qui si è deciso di riprendere quella di "mediazione interlinguistica ed interculturale", considerata come ha ribadito Luatti, la più adeguata a tenere conto sia degli aspetti linguistici che relazionali e culturali (Luatti, 2011) facendo riferimento alla. Nel corso del capitolo, in ogni caso, per brevità, si farà riferimento ad essa anche denominandola "interculturale".

problematiche e mettendo in rilievo come si tratti di aspetti fortemente interconnessi fra loro, così come è stato riconosciuto dalla letteratura a riguardo.

8.1- Le immigrate “attraverso gli occhi”³⁹³ dei medici e degli operatori sanitari

Numerosi studi condotti nell’ambito dell’antropologia e della sociologia medica hanno preso in considerazione le dinamiche e le problematiche inerenti la relazione medico-paziente, evidenziandone la centralità anche nei contesti migratori (fra questi, Good, 1999, 2006; Kleinman, 2006, 1995, 1980; Kleinman, Eisemberg, Good, 1978; Katon, Kleinman, 1991; Falteri, Giacalone 2013; Quaranta, 2012; Fassin, 2004, 2001, 2000; Padovan, Alietti, 2008; Masullo, 2010; Mazzetti, 2005; Bigot, Russo, 2008, Tognetti Bordogna 2008; Fantauzzi, 2010; Schirripa, 2002; Colasanti, Geraci, 1995; Lupo, 1999).

I filoni di indagine dell’antropologia medica, per altro, hanno evidenziato come le dimensioni di “illness”, ovvero la malattia percepita dal paziente come un’esperienza originale e culturalmente fondata e “disease”, la spiegazione scientifica che di essa ne danno i medici, non sempre corrispondano e fra loro può esservi una considerevole distanza (Kleinman, 2006; Kleinman, Eisemberg, Good, 1978).³⁹⁴

A riguardo appaiono particolarmente significative le riflessioni di Ivo Quaranta che ha ribadito come non tener conto “della distinzione fra questi due aspetti, potrebbe “pregiudicare il costituirsi di un’alleanza fra medico e paziente sul fronte dell’adesione al regime terapeutico” (Quaranta, 2012: 266). Per lo studioso, infatti, non prendere in considerazione “il significato che i pazienti attribuiscono alle loro esperienze di malattia” equivale ad “ignorare” anche “in che modo verranno interpretate le indicazioni fornite loro durante l’incontro medico.” (Quaranta, 2012 : 266). La relazione fra medico e paziente, pertanto, considerato che la cultura debba intendersi come “un processo intersoggettivo”, deve essere

³⁹³ Si riprende una espressione utilizzata da Masullo nel volume “Attraverso gli occhi dei medici”, che prende in considerazione le dinamiche e le difficoltà inerenti la relazione medico paziente (Masullo, 2010).

³⁹⁴ Si fa riferimento, inoltre, alla “sickness” che rimanda alle relazioni sociali della malattia per indicare il “processo attraverso il quale i segni comportamentali e biologici preoccupanti [...] sono investiti di significati socialmente riconoscibili” ovvero considerati “sintomi e risultati socialmente significativi” (Young, 2006: 124).

“ripensata nei termini di un contesto in cui si pone mano alla co-costruzione di significati” e “dunque come una pratica culturale” (Quaranta, 2012: 271).³⁹⁵

Quaranta, inoltre, ha evidenziato come, in maniera equivoca, si ritiene che le “dimensioni simboliche della cura” siano considerate pertinenti solo quando si fa riferimento a pazienti stranieri. In realtà, ribadisce il ricercatore, a caratterizzare la relazione terapeutica con l’utenza immigrata è la “necessità di riflettere” in maniera esplicita “su dinamiche che sono sempre in atto”, dunque “su quelle dimensioni simboliche [...] comunque presenti nella relazione” medica, che sono, il più delle volte, inconsapevoli (Quaranta, 2012: 276). Il rischio in questo ambito, è che gli operatori sanitari basandosi sull’“ideologia scienziata della biomedicina”, considerino “la differenza culturale” alla stregua di un errore, producendo una serie di dicotomie, quali “noi/altri”, “scienza/credenza”, “verità/errore” (Quaranta, 2012: 276).³⁹⁶ Quaranta invoca, così, il “diritto al significato” che dovrebbe essere inteso come “una dimensione fondamentale nella relazione fra medico e paziente” a partire dal riconoscimento “autoriflessivo” della “natura culturale delle nostre forme mediche”, volto non alla loro “delegittimazione”, ma alla considerazione “della loro selettività culturale” (Quaranta, 2012: 276). Per lo studioso “agire per il miglior interesse del paziente,” promuovendo il suo “diritto al significato”, inoltre, finisce per coincidere anche con la “promozione del miglior interesse del medico” e in ultima analisi, “con il potenziamento dell’efficienza del sistema sanitario” (Quaranta, 2012: 275).

L’importanza della dimensione reazionale inoltre, ha evidenziato Masullo, si ricollega al fatto che rappresenta “il primo momento attraverso cui l’immigrato

³⁹⁵ Per Quaranta “agire nel miglior interesse del paziente”, significa “impegnarsi nel comune processo di co-costruzione di un significato per l’esperienza di malattia, alla cui luce poter operare una possibile scelta” e tale processo “va costruito assieme al paziente” (Quaranta, 2012: 271).

³⁹⁶ Quaranta ha messo in rilievo alcuni equivoci che, sovente, “condizionano”, quando ci si appresta a “riflettere sul rapporto fra cultura ed esperienza di malattia”. Il primo di essi fa riferimento al fatto che le variabili culturali sono prese in considerazione solo “quando si ha a che fare con pazienti stranieri”, in quanto si ritiene che il concetto di cultura possa rappresentare “uno strumento atto a ridurre la distanza che separa la prospettiva dei pazienti dalle interpretazioni diagnostiche e dalle indicazioni terapeutiche fornire dal personale medico - sanitario”. Il corollario di questo primo equivoco attiene al fatto che spesso le variabili culturali sono considerate significative “quando si tratta di problemi di salute mentali” ritenendo che invece che l’ambito somatico sia “libero da condizionamenti culturali”. Un terzo equivoco infine, per lo studioso, si riferisce all’ idea per la quale “il pensiero e le categorie diagnostico-terapeutiche della biomedicina” sono “libere da connotazioni culturali” perché scientifiche. Si tratta di equivoci che, ha rilevato Quaranta, sono riconducibili ad una serie di dicotomie che tendono a rafforzarsi a vicenda: “noi/altri, natura/cultura, corpo/mente, scienza/credenza.” (Quaranta, 2012: 264)

accede alla comprensione delle regole del servizio sanitario, dei suoi tempi, dei suoi procedimenti” ed è dunque, l’ambito in cui si concretizza la “possibilità di una reale integrazione sanitaria” (Masullo, 2010: 16). Attraverso la relazione, per il ricercatore, è possibile prevedere “azioni concrete dei sistemi sanitari” volte a favorire la tutela della salute degli stranieri, considerando che questa si ricollega anche ad aspetti sociali e alla capacità degli stessi operatori sanitari di creare dei “ponti”, delle reti, con altri attori istituzionali (Masullo, 2010: 16).

Nel corso della ricerca è stato possibile riscontrare, analogamente a quanto sottolineato in diversi studi (Falteri, Giacalone 2013; Padovan, Alietti, 2008; Masullo, 2010, Mazzetti, 2005, Quaranta, 2012; Good, 1999, 2006; Kleinman, 2006, 1995, 1980; Fassin, 2004, 2001, 2000; Mazzetti, 2005; Bigot, Russo; 2008, Tognetti Bordogna 2008; Fantauzzi, 2010; Schirripa, 2002; Colasanti, Geraci, 1995), come l’ambito che attiene alla relazione fra le immigrate e gli operatori sanitari, possa essere considerato, alle volte, particolarmente complesso e problematico a causa di gap comunicativi legati a difficoltà linguistiche, a differenze culturali, a diverse visioni della salute o della maternità, o a rappresentazioni stereotipate, che si ricollegano a una idea essenzialista delle culture di origine dei migranti. La concezione del corpo, la gravidanza, i concetti di salute e malattia come l’eziologia e le cure, infatti, rimandano agli universi simbolici, dei contesti di provenienza delle donne straniere e ciò può influire nell’ambito della relazione medica.

Ecco come, alle volte, *“un silenzio della paziente, la paura, la vergogna di mostrare il corpo”* possano *“essere interpretata come non collaborazione”* ha ribadito una mediatrice interculturale (*Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015*).

La relazione “con lo straniero” inoltre, come ha evidenziato Tognetti Bordogna, “tende a strutturarsi secondo una cornice relazionale segnata” spesso “da routine che escludono la possibilità di dialogo, di spazi di negoziazione, (Tognetti Bordogna, 2008) che consentirebbero di tener conto di vissuti e percorsi individuali.

L’incontro fra medico e immigrato rappresenta, così come ha messo in rilievo Caputo, una zona di “frontiera”, un contesto di mutamento culturale, fatto di negoziazioni, riformulazioni e d’interpretazioni di significati (Caputo, 2005: 99).

E' possibile distinguere, secondo Mazzetti, cinque livelli di difficoltà in ambito relazionale: quello prelinguistico, linguistico, metalinguistico, culturale o meta-culturale.³⁹⁷ Il livello, prelinguistico attiene alle incomprensioni che si ricollegano alla mancata corrispondenza fra illness e disease, così come messa in rilievo nell'ambito dell'antropologia medica anglosassone e dunque, alle difficoltà dei pazienti stranieri di comunicare e far comprendere le proprie sensazioni o il proprio vissuto. In tal senso, rileva lo studioso "possono non esistere parole per descrivere quello che un orecchio occidentale si aspetta" e questo, viceversa "può non riconoscere le parole che l'altro utilizza per esprimere" il proprio vissuto (Mazzetti, 2005:78). A livello linguistico possono, invece, sorgere problematiche legate all'ambito lessicale o a fraintendimenti semantici,³⁹⁸ mentre in riferimento a quello meta – linguistico le incomprensioni sono inerenti la dimensione simbolica dei termini (Mazzetti, 2005: 79) e necessitano di una continua "negoiazione dei significanti"³⁹⁹. L'ambito più propriamente culturale, invece, sebbene possa includere anche i livelli precedenti, può essere distinto da essi, per prendere in considerazione le incomprensioni relative alle dimensioni che sono state interiorizzate e sono divenute, in maniera inconsapevole, parte delle identità dei pazienti.⁴⁰⁰ Il livello meta – culturale, infine, fa riferimento alle diverse visioni, concezioni della vita di cui gli immigrati e i medici sono consapevoli (ad esempio in ambito religioso in occasione del Ramadan) (Mazzetti, 2005: 79).

³⁹⁷ Mazzetti riprende le riflessioni e le classificazioni elaborate dai medici della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e in particolare, di Colasanti e Geraci. (Mazzetti, 2005: 77).

³⁹⁸ Questi possono far riferimento al fatto che non vi è "una sovrapposizione completa dei significati semantici delle parole nelle varie lingue" (Mazzetti, 2005: 78) Ad esempio il termine "kili" che in somalo significa reni corrisponde ad aree del corpo diverse da quelle che indica lo stesso termine italiano (Mazzetti, 2005: 78).

³⁹⁹ A questo livello, rileva Mazzetti "ad un certo termine possono corrispondere nell' universo simbolico di chi parla e di chi ascolta significati astratti differenti" e ciò può essere una possibile fonte di fraintendimento (Mazzetti, 2005: 19). I significati dei termini utilizzati possono essere, ad esempio, differenti, come nel caso dell'espressione "stomaco" che può alle volte, sottendere significati simbolici estranei al contesto medico occidentale (Mazzetti, 2005: 79)

⁴⁰⁰ L'ambito culturale fa riferimento, per il ricercatore, alle "informazioni che sono state assorbite, in maniera inconsapevole dall'ambiente in cui si cresce o si è educati", e nella comunicazione non verbale, possono, ad esempio, riguardare la "distanza" o la posizione dei soggetti che interagiscono fra loro (Mazzetti, 2005: 80). Per Mazzetti ciò non significa che i medici, per ridurre la distanza culturale, debbono conoscere tutte le culture dei loro pazienti. Questa ipotesi, infatti, in primo luogo, sarebbe impossibile poiché i flussi migratori sono estremamente eterogenei. L'identità culturale, inoltre, va intesa come dinamica e in continuo mutamento, per cui rifugge dalle interpretazioni culturaliste. Il superamento delle incomprensioni culturali, pertanto, per lo studioso fa riferimento, piuttosto a un "territorio di mezzo, costituito da ciò che avviene nel processo dinamico di transculturazione" (Mazzetti, 2005: 82).

I problemi della relazione fra medico e paziente, in ogni caso, non possono essere letti solo nell'ottica di un adeguamento dei secondi ai primi, ma costituiscono, come ha evidenziato Mazzetti, un "processo" che mette in relazione entrambi gli attori, in una sorta di "percorso parallelo" il cui esito non è scontato (Mazzetti, 2003; Masullo, 2010).

E' possibile individuare, ha rilevato Mazzetti, diverse fasi nell'ambito della relazione fra medici e pazienti stranieri. La prima, definita "esotica", sarebbe caratterizzata, da una percezione distorta da parte di entrambi i soggetti, da pregiudizi e stereotipi. In tal caso i medici potrebbero considerare i pazienti immigrati quali portatori di particolari patologie "esotiche", in riferimento alla cosiddetta "sindrome di Salgari"⁴⁰¹, mentre gli immigrati potrebbero avere nei confronti del sistema sanitario, aspettative, ad esempio, troppo elevate e non corrispondenti alle realtà.⁴⁰² Una seconda fase quella dello "scetticismo" si contraddistingue, invece, per la sottovalutazione o la sopravvalutazione da parte del medico della dimensione legata alla differenza culturale e per un utilizzo improprio dei servizi, o per la rinuncia a far riferimento ad essi, da parte degli utenti stranieri. Un'ultima fase, infine, definita del "criticismo" farebbe riferimento al superamento, da parte dei medici, dei pregiudizi, di una concezione organicista e biomedica, assieme al recupero delle attitudini relazionali e di un approccio volto all'ascolto e all'empatia. In quest'ultima fase che corrisponderebbe a una maggiore integrazione degli immigrati in ambito sanitario, potrebbe realizzarsi l'"incontro". Il dialogo dovrebbe essere, comunque, caratterizzato da una negoziazione di significati (Mazzetti, 2003: 67 – 74). Tali fasi, d'altro canto, possono far riferimento anche alle visioni e alle

⁴⁰¹ La denominazione "Sindrome di Salgari" è stata ironicamente coniata nell'ambito delle riflessioni di medici della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, per far riferimento alla percezione erronea per la quale gli immigrati soprattutto nelle prime fasi della presenza migratoria in Italia, erano considerati portatori di malattie "esotiche". L'epidemiologia, ha invece mostrato come, essi si ammalavano soprattutto una volta giunti in Italia. Il termine fa riferimento a Emilio Salgari, il quale, come ha evidenziato Colasanti "senza aver mai visitato i paesi tropicali, [...] scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. [...] Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose" (Colasanti, in Colasanti e Geraci, 1990, 83).

⁴⁰² Per questa visione si fa riferimento ironicamente alla cosiddetta "sindrome da general Hospital" (Mazzetti, 2005).

rappresentazioni prevalenti fra medici ed operatori sanitari, in diversi momenti storici (Fantauzzi, 2010: 30, 31; Geraci, Maisano, Mazzetti, 2005).⁴⁰³

In ambito relazionale, così, come è stato ribadito da diversi ricercatori, è importante considerare che i pazienti stranieri possono essere portatori di diversi orizzonti e visioni culturali, sebbene non si debba ricadere in un approccio culturalista, identificandoli essenzialmente con la loro cultura di appartenenza (Fassin, 2004; Quaranta, 2012; Mazzetti, 2005: 83; Schirripa, 2002).

La rappresentazione, il tipo di immagine che i medici, gli operatori sanitari hanno degli stranieri e il modo con cui in generale si rapportano alla diversità, inoltre, come è emerso in una ricerca di Masullo, possono influire sul “livello di attenzione” “partecipazione”, su atteggiamenti e comportamenti nei loro confronti (Masullo, 2010:166).⁴⁰⁴ La prospettiva per la quale la presenza immigrata è considerata alla stregua di una “opportunità”, come motivo di arricchimento può portare, infatti, per Masullo, ad una risposta “dedicata” da parte dei medici o degli operatori sanitari. Questi, in tal caso, potrebbero andare oltre il loro mandato istituzionale considerando la diversità, l’incontro, come un’occasione per mettere in discussione i propri saperi medici cognitivi, relazionali e morali. Coloro che, invece, hanno una “visione conflittuale” della presenza straniera, percepita negativamente, come “pericolo”, farebbero sovente riferimento a stereotipi e pregiudizi. In questo caso la risposta sanitaria andrebbe a porsi esclusivamente entro l’ambito terapeutico, in un’ottica assimilazionista, annullando il valore della differenza culturale. La concezione, infine, per la quale gli immigrati sono visti in maniera “neutra”, come “individui”, senza tenere conto delle possibili differenze

⁴⁰³ In tal senso, la prima fase è stata caratterizzata da pregiudizi e stereotipi reciproci dei medici e dei pazienti immigrati. In una seconda fase gli operatori sanitari avrebbero poi preso coscienza della selezione operata dalla migrazione, per cui a partire sarebbero soprattutto coloro che sono in condizioni di salute migliore. In un’ ultima fase del rapporto fra medico paziente immigrato, quella del “criticismo sanitario” si dovrebbe evitare sia un atteggiamento caratterizzato da “eccessivo culturalismo”, che da un “etnocentrismo biomedico ghettizzante”. L’incontro, invece, dovrebbe avvenire attraverso negoziazioni di significati condivisi e considerando gli immigrati non semplicemente quali “fruitori” ma anche come “attori partecipi” (Fantauzzi, 2010: 31, 33).

⁴⁰⁴ L’indagine di Masullo, è stata condotta nella provincia di Salerno, focalizzando l’attenzione sulle dinamiche relazionali, sulle rappresentazioni e sui rispettivi atteggiamenti che i medici e gli operatori sanitari possono avere nei confronti degli stranieri. Per il ricercatore alle diverse visioni o rappresentazioni degli stranieri possono corrispondere diversi atteggiamenti o comportamenti. (Masullo, 2010). Gli immigrati, infatti, per il ricercatore, possono essere visti alla stregua di una “opportunità”, come motivo di arricchimento, di “pericolo” oppure o in maniera neutra come “individui”, senza tenere conto delle possibili differenze culturali (Masullo, 2010: 19- 20).

culturali di cui sono portatori, può sfociare, invece, secondo Masullo, in una visione “indifferente” o “problematica” nei loro confronti (Masullo, 2010: 92, 93). Gli atteggiamenti e i comportamenti degli operatori sanitari nei confronti degli stranieri, in ogni caso, per il ricercatore, possono essere classificati in termini di “conformità”, “innovazione”, “ritualismo”, “rinuncia” o “ribellione”. L’atteggiamento conformista, in particolare, fa riferimento a quello di medici per i quali la salute degli immigrati può essere adeguatamente tutelata “con i mezzi a disposizione”, mentre quello “innovatore” sarebbe proprio di coloro che hanno una visione dedicata o problematica dell’utenza immigrata e che, avendo riscontrato delle difficoltà, attivano, in maniera informale, azioni volte a favorirne l’accesso ai servizi. Il comportamento ritualista, corrisponderebbe, invece a coloro che non condividendo una immagine positiva della presenza straniera, applicano rigidamente le normative sanitarie, limitandosi a eseguire il loro mandato, mentre quello rinunciatario a medici ed operatori sanitari che, dinanzi alle difficoltà relazionali, attuano “azioni di fuga”, rinunciando ad essa, alle volte, a causa di una formazione inadeguata o del persistere di determinati pregiudizi. L’ultimo atteggiamento, riscontrato da Masullo nell’ambito della sua ricerca, fa riferimento alla ribellione, propria di coloro che “considerano illegittime” le “concessioni” fatte agli stranieri e sono contrari all’applicazione delle forme di tutela previste dalle normative (Masullo, 2010: 109). Si può ritenere, in ogni caso, che i confini di tali categorie siano nella realtà più sfumati e che i vari piani individuati da Masullo possano intrecciarsi fra loro.

Questa elaborazione, per altro, ci riporta al concetto di “discrezionalità” nell’ambito dei meccanismi di facilitazione volti a favorire la fruizione dei servizi da parte dell’utenza straniera. Concetto che può essere declinato facendo riferimento sia alle organizzazioni che all’azione degli operatori sanitari, i quali possono rappresentare dei “gatekeepers” rispetto all’accesso alle strutture assistenziali (Rummery, Glendinning, 1999, 2000). L’azione discrezionale degli operatori, infatti, come ha evidenziato Rossi, può essere particolarmente significativa nelle situazioni in cui gli utenti immigrati hanno maggiori difficoltà (Rossi, 2016: 120). Essa, infatti, facilitando i percorsi dei migranti in ambito sanitario può incidere positivamente sulla loro salute (Dean, Wilson, 2010; Vanthuyne, Meloni, Riuz-Casares, Rousseau, Ricard Guay, 2013) o sulle condizioni nei contesti di accoglienza (Tognetti Bordogna, 2013).

Nel corso della ricerca, riprendendo tali riflessioni, è emerso come vi siano medici più attenti rispetto ad altri alle esigenze delle immigrate, alle volte portatori di una visione “dedicata”. Questi, infatti, ricercano pur nelle difficoltà, adeguate modalità relazionali o strategie comunicative volte all’ascolto ed al confronto con le differenze culturali e sperimentano forme di mediazione, nelle situazioni più problematiche, come in occasione del Ramadan, oppure in riferimento alla preferenza delle immigrate di religione islamica di essere visitate da medici donne.

Emblematica, a riguardo, l’esperienza della ginecologa che afferisce al consultorio immigrati di Pisa o del medico napoletano Gualdieri, responsabile del Centro Tutela Salute Stranieri e referente del gruppo regionale campano (G.R.I.S.) della Società Italiana di Medicina delle Migrazione. Quest’ultimo, ad esempio, ha raccontato quali siano le strategie relazionali che adotta in caso di necessità per le difficoltà legate al Ramadan, sostenendo:

“Il Ramadan è un altro problema! Nel senso che ci sono pazienti che sono seriamente malati, che devono prendere quindi più somministrazioni di farmaci durante la giornata e che non vorrebbero prenderle perché c’è il Ramadan! E quindi lì nasce una contrattazione sulla quale io non sono assolutamente violento, nel senso cerco di aggiustare quanto più possibile con meno somministrazioni serali e così via! Però dinanzi a certe situazioni, io poi faccio la classica domanda “Secondo te Dio ti vuole bene? Ti vuole bene Dio?” Loro dicono “Sì” E io dico “Beh se ti vuole bene, vuole il tuo bene! Pensaci e fammi sapere!” Ed in questa maniera supero il 50% di successo sul Ramadan! E non è ripeto non è il burkini, e così via ... E’ una questione proprio ... Quando c’è bisogno della medicina che deve’ essere somministrata durante la giornata e dinanzi al veto serrato, io dico “Pensa un poco a questo” (Intervista a Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Il Dott. Gualdieri, per altro, ha evidenziato come le differenze in termini di relazione con i pazienti stranieri, possano ricollegarsi, talvolta, alla visione e alla concezione che possono avere della figura medica, sostenendo:

“Io mi rendo conto che sono una figura sciamanica per alcuni di loro, perché facendo la ricostruzione anagrafica, poi passando alla visita o addirittura alla terapia ... Perché per me è fondamentale, io non lo trovo umiliante per me fare siringhe, perché l’iniezione è un atto che noi diciamo “infermieristico”, ma in realtà è un atto terapeutico! E per molti, nella loro visione della vita, della componente relazionale della malattia questo è fondamentale! Io ricordo che i primi pazienti che venivano da me andavano a prendere il farmaco in farmacia, poi mi portavano il farmaco, perché io dovevo toccare il farmaco! Perché se non ero io a toccarlo e darlo, era commercio! Io prescrivevo il farmaco loro andavano in farmacia e poi lo portavano a me! africani e asiatici, ci sono quelli

che hanno più ... che hanno un diverso approccio.” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Fra medici e operatori sanitari intervistati, d'altro canto vi è chi, pur preservando un atteggiamento di accoglienza nei confronti delle utenti straniere, ha ribadito, come alcune possibilità previste dalle normative, ad esempio quella di non pagare le prestazioni se si è in una situazione di irregolarità (in possesso di tessera STP), possano collidere con i diritti delle donne italiane meno abbienti o delle straniere comunitarie, alle quali non è concessa tale opportunità, evidenziando:

“Noi facciamo molto di più. Perché cerchiamo di creargli la rete, facciamo tantissimo perché abbiamo avuto degli strumenti per poterle far fare tutto! E poi essendo STP noi possiamo far fare tutto perché loro non hanno neanche il problema economico. [...] In Italia lo straniero, dico veramente, sta bene, anzi ha qualche diritto in più dei nostri italiani. Immagina un napoletano che non ha soldi, la moglie deve pagarsi tutti gli esami. Che fa? Mentre uno di questi qui ha tutto! Vengono seguiti troppo bene perciò non se ne vanno dall'Italia. L'Italia ti offre l'assistenza gratis e per loro ancora di più. Gli esami in gravidanza spesso le nostre napoletane non li possono fare, ci sono quelle che la legge prevede che tu li faccia gratis, però sono pochi. Se un medico vuole sapere una cosa in più se la pagano! Questi qua non pagano nulla, quindi penso stiano meglio di noi sotto certi aspetti! [...] Invece con loro [le donne che provengono dalla Comunità Europea] abbiamo qualche difficoltà in più, perché le rumene, che sono europee, loro hanno difficoltà a farsi fare gli esami perché pagano come paghiamo noi. Mentre se prendi una nigeriana loro sono S.T.P. e quindi non paga che è un paradosso incredibile! Noi italiani paghiamo tutto, questi qua non pagano. Quindi capisci la difficoltà!” (Intervista a ostetrica Consultorio ASL Napoli 1, 2016)

In occasione dei colloqui informali e delle interviste sono state riscontrate, talvolta, rappresentazioni stereotipate delle utenti immigrate da parte degli operatori sanitari. Queste possono sottendere forme di “etnocentrismo attitudinale” (Lanternari, 1983), legate ad esempio a odori “diversi” per la diversa alimentazione delle donne. A riguardo Padovan e Alietti hanno rilevato come gli operatori tendono a sistematizzare cognitivamente i diversi gradi di difficoltà nel rapporto con pazienti stranieri in base alle provenienze, costruendo una sorta di classificazione dei gruppi che enfatizza stereotipi negativi o positivi e consolida aspettative comportamentali (Padovan e Alietti, 2008: 151). Immigrati di diverse nazionalità, così, possono essere visti in differenti modi, sulla base di diversi stereotipi che, talora, possono sfociare in atteggiamenti pregiudizievole o razzisti “prodotti dalla combinazione di credenze maturate presumibilmente in ambienti differenti da quello lavorativo, ma alimentati da difficoltà e tensioni che si

verificano con gli stranieri all'interno dei reparti" (Padovan e Alietti, 2008: 162). E' stato, d'altro canto, riscontrato come culture della discriminazione, del pregiudizio e del razzismo possano manifestarsi anche in ambienti segnati da principi universalistici, mentre lo stesso sistema sanitario può essere considerato, per certi versi, etnocentrico, per le procedure standardizzate che lo caratterizzando e che possono non tener conto delle differenze culturali (Tognetti Bordogna, 2008).

Nel corso di questa ricerca, in ogni caso, non sono stati riscontrati episodi discriminatori nei confronti delle donne immigrate, presso i servizi ove è stata svolta l'osservazione, sebbene informatori privilegiati o mediatrici culturali abbiano evidenziato l'esistenza di numerosi pregiudizi o stereotipi in ambito sanitario.

Il Dott. Gualdieri ad esempio in riferimento a pregiudizi o stereotipi ha ribadito *"Sì, sì, ci sono sicuramente! Che sono detti senza alcun dubbio!"* J. invece, mediatrice culturale di origine ucraina di Napoli, ha evidenziato come si sia imbattuta, sovente, in episodi ai limiti della discriminazione, sostenendo:

"Sicuramente tantissime volte da parte di operatori sanitari, tanto è vero che spesso e volentieri se non interveniva il mediatore, magari [la donna] non veniva neanche vista, fatta la diagnosi precisa. Si si mi è capitato molto spesso! Mi è capitato. Chiaramente parliamo se noi parliamo del consultorio io non li ho trovati [...] Ma in tutti gli altri rami capita tantissimo se la persona non sa esprimersi quindi non parla [la lingua italiana] spesso capita [...] Soprattutto in ambito psichiatrico" (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli, 2016)

A riguardo sono emblematiche le parole del Dott. Paletti ricercatore e referente del settore immigrazione della Caritas di Pisa, il quale ha ribadito che i medici o gli operatori sanitari *"non sono operatori interculturali non hanno una particolare dimestichezza con la diversità e tutto questo soprattutto nel rapporto con il genere femminile spesso viene fuori"* (Intervista a Paletti, Caritas, Pisa, 2015)⁴⁰⁵

La relazione medica, in ogni caso, come è stato evidenziato in diverse indagini (Rossi, 2016; Crippa, 2016: 159) e come si evince anche dalle interviste (Intervista a ostetrica 1 AUSL N.O. Pisa 2017),⁴⁰⁶ può articolarsi con diverse

⁴⁰⁵ Il Dott. Paletti fa riferimento a una ricerca alla quale ha preso parte in collaborazione con la Scuola Sant'Anna che ha previsto dei focus-gruppo fra medici ed operatori sanitari. Per approfondimenti si rimanda a Paletti, 2012.

⁴⁰⁶ In tal caso l'ostetrica prima di essere impegnata presso il consultorio aveva lavorato diversi anni presso un presidio ospedaliero.

modalità, in differenti contesti organizzativi. E' ad esempio, più immediata o "empatica" in ambito ospedaliero, a differenza di quanto avviene presso i consultori dove è, in genere, caratterizzata da una maggiore continuità.

Nelle interviste è emerso, così, che in alcuni ambiti, è più difficile riscontrare pregiudizi o stereotipi, come nel caso di servizi dedicati alle immigrate caratterizzati da équipe con una elevata formazione e motivazione.

Una mediatrice culturale, ad esempio, ha evidenziato come nel corso della sua attività presso l'ex ambulatorio dedicato alle immigrate del Policlinico di Napoli, non abbia mai rilevato pregiudizi o battute poco piacevoli, a differenza di altri contesti in cui ha lavorato, come quello ospedaliero, sostenendo:

"Sì, per esempio a me piace molto lavorare anche in [ospedale] , perché io non lavoro mai da sola, perché c'è sempre l'assistente sociale che veramente è una guida per me! E poi devo fare il giro dei reparti e mi appoggio alla caposala! [...] Si in ospedale sì... c'è un pochino di pregiudizi, ho sentito! Ci sono però io penso sempre che dipende dalla persona, dalla cultura anche da parte dei medici, perché sarebbe bene per tutti non giudicare ma questo non è facile! Ci sta però ci sta! [...] Un medico parlando in generale disse "A [nome del paese] fra poco non ci saranno più Italiani ma verranno tutti dall'India, dal Pakistan, dal Bangladesh. Non ci sarà più la piazza Italiana!" Questo è stato detto da una persona che ha studiato, che ha una mentalità aperta, infatti, un pochino sorprende! [...] Ogni persona è diversa ogni persona ha un grado di apprendimento diverso! [...] Non si può giudicare, perché pensano che questo non sia discriminazione, non riescono a capire! e dipende dall'apertura mentale!" (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli 2015)

Sono significative, inoltre, a riguardo le parole di J., mediatrice culturale di origine ucraina che ha rilevato come rispetto al passato, vi sia una maggiore formazione e apertura per rispondere alle problematiche delle immigrate, anche nell'ambito delle équipe dei consultori dove ha lavorato, evidenziando:

"Ci sono stati sicuramente cambiamenti in positivo in quanto lavorando io stessa all' interno del consultorio, ho trovato molto preparati gli operatori sanitari. Sono molto più preparati, sono molto più aperti conoscono molto bene le problematiche, quindi, hanno molti meno pregiudizi. E' proprio difficile che trovi oggi un operatore sanitario che abbia, diciamo, dei pregiudizi o che non sa lavorare [...] si tratta del lavoro del personale diciamo, il consultorio è uno dei posti più belli dove io mi sono trovata" (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli 2016)

Nel corso delle interviste è emersa una particolare forma di discriminazione per la quale alcuni operatori sanitari, dinanzi all' utenza straniera tendono ad assumere

un atteggiamento “rinunciatorio”, rinviandoli ai servizi loro dedicati, come ha evidenziato a riguardo ad esempio il Dott. Gualderi che sostiene:

“Ecco diciamo che nell' interfaccia con gli uffici io direi che lì, poi emergono delle situazioni discriminanti! Le posso dire, l'esempio più semplice è questo: questo è un ambulatorio STP, quindi è destinato esclusivamente a chi non ha il permesso di soggiorno. Ma qui arrivano tutti quelli che hanno un colore di pelle differente! Non ci si informa “Ma tu hai il permesso di soggiorno? Hai un tuo medico di base? Riesci a parlare l'italiano? No!” (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Le principali problematiche relazionali percepite dai medici, in ogni caso, come si evince dalle interviste condotte in entrambi i contesti di indagine, si ricollegano soprattutto a difficoltà comunicative e in particolare linguistiche. Una ginecologa dei consultori pisani, a riguardo, ha evidenziato come le barriere linguistiche possano influire considerevolmente sul rapporto medico paziente, sostenendo:

“Con le donne straniere il lato positivo è di venire a conoscenza appunto di tradizioni, modi e stili di vita, completamente diversi. La problematica principale è quella linguistica, che resta quella del dialogo tra paziente e medico e si basa proprio su quello che ti dice il paziente. Con questo ostacolo non è facile comunicare!” (Intervista a ginecologa AUSL N.O. Pisa 2017)

Emblematiche, in tal senso, anche le parole della referente del servizio di accettazione del consultorio principale di Pisa che ribadisce:

“L'unica difficoltà è il linguaggio, è la lingua perché tante volte nemmeno il marito [che accompagna la donna] capisce, quindi devi spiegare. Gli indiani sanno anche un po' d' inglese quindi un po' [...] Gli africani sanno il francese si cerca di farci capire in qualche modo a gesti a simboli, a quel che si può, [...] Quindi ci si prova, lo si spiega venti volte, si spera abbia capito, ma molte volte vanno via che non hanno comunque capito. Però lì non è che ci si può fare più di tanto.” (Intervista Referente accettazione Consultori AUSL N.O. Pisa 2017)

Ulteriori problemi relazionali emersi nel corso delle interviste, possono, poi, ricollegarsi alla diffidenza delle utenti, alle volte difficile da superare soprattutto qualora siano in condizione di irregolarità per il soggiorno e, inoltre, a diverse concezioni religiose, culturali, mediche, a differenti abitudini alimentari o modi di intendere il tempo o la gravidanza.

La ginecologa del consultorio pisano, a riguardo, sostiene:

“Le ginecologiche che però vedo più essenzialmente negli altri distretti sono, si rivolgono in genere per problematiche, sintomatologie un po' generali ... Cioè si

rivolgono alla ginecologa, ma hanno problemi un pochino più generici [...] La difficoltà è più che altro un pochino farle integrare. Alcune non tutte, alcune si integrano proprio perfettamente e non c'è problema. Però per alcune è un po' difficile ... inserirle in questo percorso. Quindi non si attengono appunto alle scadenze nel fare l'esame, nel fare le ecografie, e quindi anche seguirle diventa un pochino difficile. Si presentano quando gli pare, non vengono agli appuntamenti, saltano così ecco un po' le difficoltà. Che poi in gravidanza ti può sorgere un problema, così all'improvviso, e magari ti vengono quando c'hanno un problema e non hanno fatto però tutti gli esami precedenti" (Intervista a ginecologa AUSL N.O. Pisa 2017)

Fra gli aspetti più difficili dell'attività svolta, ha evidenziato, invece, l'ostetrica dell'Ambulatorio di Villa Betania di Napoli, vi è quello di riuscire a *“riportare le pazienti nel nostro concetto di tempo”*. L'operatrice ribadisce, infatti:

“Rispettare gli appuntamenti, rispettare i giorni, rispettare le scadenze, è una cosa che per questioni di vita, non entra proprio nell'ottica giornaliera delle nostre pazienti.” (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016).

Dinanzi alle diverse tradizioni alimentari, nel caso di donne in gravidanza, può nascere l'esigenza di adeguarsi, di una maggiore elasticità, come ha ribadito la responsabile dei consultori pisani, che sostiene:

“C'è la necessità di elasticità, di adattarsi perché ... quella è vegana perché in Nepal sono vegani per una questione religiosa... Chiaramente vengono da paesi dove l'alimentazione è completamente diversa dalla nostra. Per cui ci dobbiamo deguare e cercare di trovare dei compromessi. Perché chiaramente facendo una alimentazione sostanzialmente basata sul riso ... Sappiamo che vi sono delle etnie che ad esempio hanno frequentissimamente diabete gestazionale. Siamo abituati all'inter – cultura e le italiane le tratti in una maniera fai determinati esami e dai determinati consigli, a una che ha abitudini alimentari diverse anche se è vegetariana o vegana non è che gli dai la carne! Quindi ci adattiamo anche noi!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

In entrambi i contesti di indagine, inoltre, dalle interviste a medici e operatori sanitari è stato possibile riscontrare come vi sia la percezione che alcune problematiche relazionali possano ricollegarsi alle diverse provenienze ed appartenenze.

Le donne originarie dei paesi dell'Europa dell'Est, ad esempio, sono considerate più *“autonome”*, *“integrate”*, *“preparate”* rispetto a quelle di altra provenienza. Rappresentano, così, una utenza che può essere alle volte molto esigente in ambito medico, ma che, in linea di massima, non è considerata problematica da un punto di vista relazionale.

“Quelle dell’Est sono più autonome più integrate gli basta poco. [...] , le vedi che risolvono da sole delle cose. Altre non mi vengono in mente quali, essenzialmente, o vengono accompagnate da una amica, da un figlio, una figlia” (Intervista a ginecologa AUSL N.O. Pisa 2017)

Sostiene, a riguardo una ginecologa. Significative, inoltre, le parole di una ostetrica che paragona l’atteggiamento più dinamico delle immigrate dell’Europa dell’Est, che pur in presenza di barriere linguistiche riescono ad orientarsi, a quello delle donne “marocchine” , rispetto alle quali sono, in ogni caso, più distaccate. Afferma, infatti:

“Lo screening lo seguono per esempio, le donne dell’Est, sono puntualissime sugli screening, sono molto dinamiche le donne dell’Est, si organizzano, spostano gli appuntamenti, pure se parlano poco ... si sanno muovere. Invece le donne marocchine, devono essere sempre accompagnate da qualcuno, si mettono da una parte e devi con lui, in qualche modo ... donne che sono qui anche da anni. [...] Con le donne marocchine c’è un bellissimo rapporto, di riconoscenza, amicizia anche se ti vedono per strada ti salutano, ti chiamano. Cosa che non vedo con altre ad esempio con le donne da Europa dell’Est.” (Intervista a ostetrica 1 AUSL N.O. Pisa 2017)

Un’ altra ostetrica, analogamente mettendo a confronto le donne provenienti dall’ Albania e dai paesi dell’Europa dell’Est ha evidenziato come queste ultime abbiano un atteggiamento più “chiuso”, ribadendo:

“Chiaramente con le albanesi ti capisci meglio, loro l’italiano lo sanno prima di venire, se non c’è la barriera... le albanesi sono molto disponibili ad ascoltare, ad avere indicazioni. Le donne dell’Est Europa sono più chiuse nel loro sapere, prima di aprirsi, di modificare loro sono già molto strutturate nella loro esistenza. Quello che fanno va bene, quello che mangiano va bene, ecco incidere lì è più difficile. Pur capendoti. Se penso a donne dell’Est che sono venute al corso [preparto], non riesci molto a lavorare, riesci a comunicare perché le parole le capiscono, però non modifichi niente.” (Intervista a ostetrica 2 AUSL N.O. Pisa 2017)

E’ per altro, opinione comune che donne dell’Europa dell’Est pratichino aborti più frequentemente. A riguardo una ginecologa dei consultori pisani, sostiene:

“Sì sì, tutta l’Est Europa abortisce allegramente senza grossi problemi! [...] L’aborto è un metodo di contraccezione, culturalmente l’aborto è un metodo di contraccezione! Per quello non si fanno grossi problemi!” (Intervista a ginecologa AUSL N.O. Pisa 2016)

Il rapporto con l’utenza straniera, alle volte, può essere considerato “difficilissimo” come ha ribadito la responsabile dei consultori pisani. Dalle interviste si evince come sia percepita in maniera più problematica, per questioni legate a difficoltà linguistiche o a differenze culturali, la relazione con donne

provenienti dal Bangladesh,⁴⁰⁷ dalla Cina, con immigrate di religione islamica o di etnia rom, rumene o macedoni.⁴⁰⁸

Riguardo l'utenza cinese l'ostetrica dell'ambulatorio di Villa Betania, ad esempio, ha evidenziato:

"Le cinesi sono molto particolari nel senso [...] che è già abbastanza sotto gli occhi di tutti, il fatto che sia una comunità molto poco integrata all'esterno e molto chiusa dentro di sé, per cui anche gli aspetti sanitari purtroppo spesso vengono gestiti anche con poca professionalità all'interno della comunità cinese" (Intervista a Mediatrice culturale Ambulatorio Villa Betania, Napoli, 2016)

La ginecologa e l'ostetrica del consultorio immigrati di Pisa, analogamente hanno ribadito come fra le utenti cinesi, che sono considerate "chiuse" e hanno particolari difficoltà linguistiche, vi siano, da un punto di vista economico, situazioni eterogenee, sostenendo:

"Ginecologa: [Vi sono] difficoltà linguistiche enormi! Le cinesi in Italia parlano italiano se no, non parlano nulla! L'inglese non lo parla nessuno e vengono sempre accompagnate da chi media per loro! [...] Noi abbiamo tanta popolazione immigrata cinese, però anche lì è un'utenza particolare è un'utenza chiusa, è un'utenza che ... Spesso è un'utenza ricca. Io le vedo in studio le cinesi! Vengono pagando senza ritrarsi, anzi non solo vengono pagando, ma ogni volta mi portano un regalo (non so il bracciale di pandora) ... Veramente devo dire è proprio un'utenza diversa! Mediamente sono abbastanza piene di soldi le cinesi! [...] Sì, hanno il loro mediatore e non accettano nessun altro! E qualcuno ce l'abbiamo, ogni tanto qualcuno ci prova [a venire al consultorio immigrati] [...] Però i padroni portano le loro lavoranti cinesi quello sì... Tutte quelle che lavorano, poi spariscono, clandestine, che lavorano in queste fabbriche, commesse che non parlano una parola ... Quelle le portano!" (Intervista a ginecologa e ostetrica AUSL N.O. Pisa, 2016)

Le immigrate provenienti dal Bangladesh rappresentano analogamente alle cinesi, come ha rilevato la ginecologa del consultorio immigrati di Pisa, *"una utenza molto difficile"* a causa delle problematiche comunicative. *"Non c'è modo di comunicare!"* ha ribadito, infatti, la ginecologa. Le giovani donne bengalesi, infatti, sono in genere accompagnate alle visite dai mariti che fanno da

⁴⁰⁷ Ciò è emerso soprattutto nel contesto pisano ove questa nazionalità è significativa e si rivolge in prevalenza al consultorio immigrate per problematiche linguistiche.

⁴⁰⁸ Le donne rom non rientrano propriamente nell'ambito della migrazione poiché vivono condizioni peculiari e specifiche. Nel rapporto con i servizi, tuttavia, e per il loro status legale sono spesso assimilate all'utenza più propriamente immigrata. Per questa ragione ho deciso di non escludere le considerazioni espresse da medici ed operatori sanitari a riguardo. Le donne rom rumene o macedoni, inoltre, rappresentano un'utenza consistente presso i consultori ove ho svolto la ricerca.

intermediari nella comunicazione, come è stato possibile riscontrare sia presso i consultori di Pisa che di Napoli. Immigrate di questa nazionalità, per altro, sono considerate da alcune operatrici sanitarie succubi e in balia dei mariti. “*Non sorridono mai*”, sostiene a riguardo, un’ostetrica che in riferimento alle difficoltà comunicative rileva “*Mah! Non sappiamo se la responsabilità è proprio tutta del marito, che le soggioga! (Intervista a ostetrica AUSL N.O. Pisa 2016)*”⁴⁰⁹

Nel corso della ricerca, per altro, è stato possibile riscontrare, analogamente a precedenti indagini, come le immigrate siano, in alcuni casi, considerate “sottomesse”, fino a essere rappresentate quali “vittime”, soprattutto se di provenienza da paesi islamici (Padovan e Alietti, 2008: 152)⁴¹⁰

La responsabile dei consultori pisani, a riguardo, ribadisce:

“Le problematiche sono con le donne che, si vede chiaramente, in balia dei mariti che le vogliono remissive ma allo stesso momento vorrebbero che si muovessero da sole per non doverle accompagnare a fare gli esami. E con quelli che, si capisce, sono padri padroni, non sai bene se quello che dicono è la realtà o no. [...] Fanno intermediazione o sono proprio quelli che gestiscono” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Il rapporto con donne di religione islamica, così, è talora, considerato complesso poiché la relazione è mediata da figure maschili, in genere rappresentate dai mariti, e in riferimento a ciò, appaiono significative le parole di ginecologhe e ostetriche che ribadiscono:

“[E’ difficile il rapporto] un pochino con le musulmane anche perché non parlano. Anche perché c’è sempre la figura del marito che domina” (Intervista a ginecologa AUSL N.O., Pisa 2017)

“L’unico problema è con le donne arabe”,⁴¹¹ sostiene inoltre, una ostetrica proseguendo:

“Non hanno imparato la lingua, sono sempre accompagnate dai mariti “a capo chino”, si vergognano tanto. E’ difficile fare una visita a un’araba, ha un forte senso di vergogna. Non sanno la lingua si comunica con i gesti, così le faccio un sorriso...” (Intervista a ostetrica 2 AUSL N.O. Pisa 2017)

⁴⁰⁹ Nel corso dell’attività di osservazione ho avuto modo di riscontrare come fosse estremamente difficile poter comunicare con immigrate di questa nazionalità, per le quali, il più delle volte, la barriera linguistica è molto significativa.

⁴¹⁰ In tal caso, rilevano Padovan e Alietti, il pericolo è quello di culturalizzare eccessivamente gli eventi della malattia e la relazione di cura non interrogandosi su altri fattori altrettanto importanti e soprattutto considerando determinati comportamenti con un tutto coerente, omogeneo e stabile” (Padovan e Alietti, 2008: 152).

⁴¹¹ Emblematico come l’ostetrica intenda per donne arabe le immigrate provenienti da Turchia o Marocco.

Il digiuno religioso durante il Ramadan, inoltre, può essere alle volte considerato un problema in gravidanza, sebbene anche in tal caso la responsabile dei consultori pisani ribadisca:

“Siamo abituati alla multiculturalità, quindi anche al rispetto di quelli che sono i loro modi di vivere. Se hanno il Ramadan, hanno il Ramadan! Non è che ti puoi imporre più di tanto se gli esami vengono sballati o se non ti mangiano tutto il giorno! E' il loro modo di essere e se non ci sono problemi ... C'è una tutela anche per il Ramadan, nel senso che possono non farlo... sono dispensate se hanno necessità, ma se stanno bene lo fanno. Poi si rimpinzano di dolci per tutta la notte però!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Una mediatrice culturale, invece, a riguardo, rileva:

“Una ragazzina somala ha fatto il Ramadan e le donne gravide non possono fare il Ramadan! Ci sono anche livelli culturali, tradizionali ... Però quando si parla della salute della donna e del bambino bisogna stare attenti!” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Dedalus, 2015)

Un ulteriore problema con donne di religione islamica può far riferimento alla difficoltà di essere visitate da un medico di sesso maschile, sebbene dalle interviste sia emerso come tale questione sia meno rilevante rispetto al passato. La responsabile dei consultori pisani, ad esempio sostiene:

“Ormai lo sanno che accedendo alle strutture pubbliche possono trovare una donna o anche un maschio, se si rifiutano di farsi visitare ... se no vedono il maschio e magari vanno via! Ma anche quando vanno in ospedale se trovano un operatore maschio” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Presso i consultori dove la ricerca è stata svolta sia a Napoli che a Pisa, in ogni caso, si cerca di creare dei percorsi che rispondano anche a tale esigenza. Le reazioni o le opinioni dei medici e degli operatori sanitari a riguardo, emerse nel corso delle interviste possono essere, in ogni caso, diversificate. Sono significative, ad esempio, le parole di una ginecologa del consultorio di Napoli, la quale, in risposta alla domanda inerente se sia giusto che le immigrate preservino le loro tradizioni religiose e culturali ha ribadito:

“Si poi ci sta problema di come porsi. ... Se è giusto o meno che poi ci debba essere questa selezione, perché qua c'è la possibilità ma ci sono anche consultori in cui c'è solo il ginecologo uomo e allora tentare... Io ci provo però è molto sfumato il confine tra giusto e l'ingiusto, sul rispetto non è facile perché poi alla fine se uno può accogliere rispettando in parte! [...] Tipo anche il problema del burkini, dipende da come si pongono. Secondo me la storia del burkini è proprio assurda! Il fatto che non potessero stare col burkini A meno che se per caso fosse una scelta imposta, però giustamente poi si discuteva sul fatto che se è una scelta imposta e si dà la possibilità solo col burkini di andare in spiaggia figurati

senza! Non ci va più nessuno! Quello vuol dire che poi le costringi a stare a casa! Però nella libertà totale devono anche rispettare le leggi italiane” (Intervista a ginecologa ASL Napoli 1, 2016)

Una ostetrica, invece, riguardo tale a tematica, sostiene:

“Hai letto cosa ha scritto il primo ministro australiano? Venite nella nostra terra, vi volete integrare con noi? Allora dovete rispettare le nostre regole. Si certo [è giusto che mantengano le loro tradizioni culturali] la cultura è una cosa, il rispetto delle leggi è un'altra. Possono fare quello che vogliono, loro vengono qui, noi rispettiamo il loro modo di pensare. A volte queste qua che vengono con il burka il marito non vuole che la visiti il dottore. Qua c'è il dottore se non lo vuoi te ne vai. Noi abbiamo questa idea che andiamo incontro all'utenza e la mandiamo da un'altra parte e anche questo è un passo in avanti che facciamo noi, però è complicato! Loro solo per urgenza accettano queste cose per altre cose no!” (Intervista a ostetrica, Asl Napoli 1, 2016).

Dalle interviste inoltre, si rileva anche una diversa concezione del “pudore”, nel caso di immigrate di religione islamica o fra le donne filippine o rom.⁴¹²

Tale questione, in ogni caso, ha evidenziato la responsabile dei consultori pisani era in passato più rilevante ed a riguardo ribadisce:

“Ci sono donne che hanno pudore anche di noi! Si vergognano a fare la visita, a fare certe cose! Non è nella loro abitudine, nel loro modo di essere! Però sostanzialmente, per quello non è un problema sentito. [...] se si vede una donna in difficoltà si cerca di creare meno difficoltà possibile. Se si vede che una donna non vuole essere visitata nemmeno da me, valuto se è il caso di farlo o di non farlo. Però succede rarissimamente ora, come ora... Venti anni fa succedeva molto più frequentemente!” (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

L'utenza con la quale vi sono maggiori difficoltà in ambito relazionale è, in ogni caso, rappresentata da quella rom. Il rapporto in tal caso, è considerato complesso per questioni legate alla distanza culturale e per le difficoltà da parte delle utenti di adeguarsi alle regole, di rispettare gli orari o i giorni delle visite. Emblematiche, così, sono le parole di una ostetrica che sostiene *“Cerchiamo di educarle ma non c'è verso”*.

A riguardo inoltre la responsabile dei consultori pisani afferma:

“Nell'ambito dei rom hai voglia a dirgli che deve fa la contraccezione se le donne non la usano, devono fare i figli! Se a sedici anni ancora non è incinta vengono le madri a chiedere di fargli fare gli esami per la sterilità. E' una etnia... difficile! Chi ha delle regole, bene, chi vive nell'ambito... chi è nel nomadismo ha le sue regole che sono, per quanto siamo elastici, sono difficili. ... molto difficili!

⁴¹² In riferimento a tale questione fra donne dell'area del mediterraneo si rimanda alle riflessioni di Vanessa Maher (2008)

Mantenere la calma a volte è molto difficile! (Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

O., invece, mediatrice culturale dell'ex ambulatorio dedicato a donne straniere del Policlinico di Napoli, ha evidenziato:

“Ho visto un po' di difficoltà anche se i rumeni parlano molto bene l'italiano però ho visto questa difficoltà fra donne rumene molto giovani che vengono a fare, per esempio, se sono gravide, vengono a fare la prima visita in età gestionale molto avanzata ad esempio al quarto mese, al quinto mese di gravidanza. Spesso alcune decidono di fare l'interruzione della gravidanza e il termine già è scaduto e non si può fare perché si fa entro tre mesi, perché o non si accorgono o dicono che non sapevano dove dovevano andare ..” (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

La ginecologa e l'ostetrica del consultorio immigrati di Pisa, analogamente, hanno rilevato le difficoltà con tale utenza, problematizzando, in ogni caso, tale questione. Sostengono, infatti:

“Ginecologa: Le problematiche relazionali più grosse sono con i rom ... non ci si fa! Poi forse dipende anche dalle proprie attitudini, probabilmente io non li sopporto più, è dal '94 che sono qua! I rom sono difficilmente sopportabili! Credo che le difficoltà dipendono più da noi che da loro, nel senso che comunque se tu ti sai approcciare tutto sommato si supera, si riescono abbastanza a superare! Quando hai la percezione anche delle loro condizioni, del loro pensiero... Io sono una anche che ci discute eh! Che dice la sua! Però il nostro atteggiamento è sempre quello di essere accoglienti in maniera “easy”, proprio “così”! Per cui anche se ci litighi, ci discuti, le relazioni sono sempre abbastanza funzionanti! ((Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Ostetrica: Poi anche il fatto di discuterci diventa anche un mezzo di educazione sanitaria!

Ginecologa: E poi è meglio che tu magari ti arrabbi quando hanno fatto tre aborti, magari, perché gli dai più l'idea che ti occupi di loro! Che ti preoccupi! Perché se no, è più facile non li guardi nemmeno, fai finta di nulla! Sicuramente un rapporto così è un rapporto che non può funzionare! Alle volte mi capita che sono qui sono stanca e tiro via... Però se invece si lavora come si deve lavorare ... Eh loro sono brave [riferito alle ostetriche all' équipe], è una bella équipe! Se si lavora come si deve lavorare, anche con modalità un po' rudi come sono le mie... Ci si fa!” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Nei confronti delle donne rom sono emerse nel corso delle interviste anche pregiudizi o rappresentazioni stereotipate.⁴¹³ Significative le parole di una ostetrica che, a riguardo, ha ribadito:

“Si [è complesso il rapporto] solo con le rumene di etnia rom. Che poi come straniere noi non facciamo differenza sui tipi di utenza come con gli srilankesi, con i pakistani, anche con le ucraine, l’unico problema almeno nell’esperienza mia, l’abbiamo con i rumeni rom, perché non vengono accompagnati sono, un’utenza un po’ che pretende, che però non ti ascolta. Il rapporto con loro non è facile. Con gli altri va bene con srilankesi benissimo, noi ne abbiamo tantissimi. Pakistani, Srilankesi, Filippine, è una bella utenza, anche le nigeriane sono tranquille! [...] I rumeni fanno i figli perché sono una fonte di guadagno e quindi loro arrivano qua alla fine o a metà della gravidanza, che vogliono sapere che sesso è non gli interessa la salute. No, non gli interessa la salute. Interessa solo che sesso è il figlio, perché per loro non è il figlio!” (Intervista ostetrica Consultorio ASL Napoli 1, 2016)

L’ostetrica, inoltre, contrappone il difficile rapporto con le donne rom a quello con le immigrate di altre nazionalità, come quelle di origine africana che, ribadisce, nonostante le difficoltà economiche provano a seguire i percorsi delineati in ambito medico. Le principali problematiche delle altre utenti immigrate, per l’operatrice sanitaria, sono legate a questioni linguistiche o alle condizioni socio – economiche in cui versano. Afferma, infatti:

“È soltanto una questione di lingua. Di cultura pure però una volta che accettano la gravidanza e sono contente... Certe non fanno niente ma chi ha la possibilità ... Noi abbiamo avuto nigeriane che ci hanno seguito, ci hanno portato i bambini, bambini bellissimi. [...] Con difficoltà anche dal punto di vista economico è ovvio. Molto attente! Ci sono delle altre che un po’ di meno, ma questo è un fatto socio- economico, come per le nostre italiane, le nostre donne dei quartieri! Se dovessimo pensare allo stesso livello, la difficoltà grossa è quella della lingua. Mettici una napoletana che ha problemi socio- economici, mettici una nigeriana, il loro livello è lo stesso solo che per noi è più semplice organizzare un percorso perché le italiane stanno qui, hanno il medico di base e qualcosa riusciamo a fargli fare” (Intervista a ostetrica ASL Napoli 1, 2016)

Dalle interviste, in ogni caso, è emerso come nella percezione di medici e operatori sanitari le immigrate africane (assieme a quelle provenienti dal Bangladesh) abbiano più difficoltà rispetto ad altre ad orientarsi fra i servizi del territorio. *“Le africane, sono quelle messe peggio!”* Sostiene in riferimento a ciò, una ginecologa.

⁴¹³ E’ stato per altro possibile riscontrare come alle volte la presenza di donne rom, accompagnate da familiari, possa creare anche nella sala di attesa dei consultori un clima di poco disteso, ai limiti della tensione fra le altre utenti.

M., mediatrice culturale e responsabile del progetto dell'ex ambulatorio del Policlinico di Napoli, invece, ha evidenziato:

“Va beh sicuramente ... con le donne africane almeno quelle che vengono spesso negli ambulatori c'è un po' più di difficoltà a farle orientare a spiegare un po' la procedura. Ma un po' nasce dal fatto che molte cose non avvengono magari nei paesi di provenienza, quindi poi anche a spiegargli perché deve andare al consultorio a fare un pap-test ...” (Intervista a M. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

Dalle interviste, inoltre si evince come le donne provenienti dall'Africa possano essere particolarmente restie a sottoporsi a esami o prelievi in gravidanza in quanto concepiscono tale evento in maniera fisiologica, meno medicalizzata rispetto al contesto occidentale, preferendo sovente un parto naturale. *“Le donne africane hanno difficoltà a percepire la gravidanza come una cosa che va monitorata continuamente!”* sostiene, a riguardo il Dott. Gualdieri. In riferimento ad esse, inoltre, è emerso come, talvolta, le modalità con le quali vivono il parto possano essere percepite in maniera problematica. Una ostetrica del consultorio di Pisa che ha lavorato anche presso un presidio ospedaliero ha, ad esempio messo in evidenza le differenze con immigrate di altra nazionalità, fra cui quelle di origine cinese, che possono fare riferimento a rimedi tradizionali per facilitare il parto. Racconta, infatti:

“Le africane per esempio sono molto difficili, per il parto. Lì c'è ancora, il livello superstizioso magico che viene forte, che viene fuori. Come le senegalesi hanno tutte le loro protezioni durante la gravidanza. Lì devi lavorare tantissimo, è legato proprio al loro modo di vivere, che forse sono ancora più tribali rispetto a un albanese, che ha elaborato il rituale del parto in quel modo lì che dà i pugni, si strappa, chiama la mamma, però va avanti, in qualche modo. Però anche lì era difficile [...] Le africane per me erano le più impegnative, certo ma per tutte le colleghe, perché erano così impegnative, lente, o forse legato a certe componenti culturali che hanno bisogno di rafforzare quel momento che non essendoci rendono complicato l'evento. Le cinesi invece molto semplici, hanno mantenuto la loro cultura. Loro avevano preparazioni per favorire il travaglio, di medicina cinese, le prendono. Chiaramente la lingua un po' di difficoltà, per esempio le cinesi che non ci riesci a parlare perché siamo culture così lontane probabilmente, si fa fatica o sono chiuse, non lo so. Però loro si organizzavano il parto tutto bene, le cinesi per esempio allattamento zero.” (Intervista ostetrica AUSL N.O. Pisa 2017)

La relazione con donne vittime di tratta e violenza o richiedenti protezione internazionale, inserite in progettualità dei territori è, invece, mediata dalla presenza di mediatrici o operatrici che ne facilitano il rapporto con i servizi del territorio. La ginecologa del consultorio immigrati rileva come, in ogni caso, sia

di fondamentale importanza un atteggiamento di accoglienza nei loro confronti, sostenendo:

“L’impatto, diciamo, la relazione con queste donne è sempre stata non troppo difficile, perché sono donne che hanno bisogno veramente di poco! Sono così bistrattate che se te hai nei loro riguardi un atteggiamento di tipo umano, proprio basico, niente di che, loro sono abbastanza ... Poi sono molto diverse le albanesi, le rumene dalle nigeriane. Le nigeriane hanno questo atteggiamento scanzonato, quasi che non gliene fregghi niente, sembrano tutte ciucche! In realtà probabilmente non è così! Però hanno un atteggiamento apparentemente molto più superficiale! Le donne dall’ Est Europa sono più ... Alcune sono più consapevoli e ti dicono con franchezza che loro lo fanno provvisoriamente e sembrano un pochino più ... consapevoli.”(Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Il rapporto con le donne richiedenti protezione internazionale che rientrano nei nuovi flussi migratori, invece, pur essendo mediato dalla presenza di operatrici di progettualità del privato sociale è a volte, considerato complesso, come si evince dalle interviste. In tal caso, le problematiche legate alla “diffidenza” si intrecciano a quelle inerenti l’ambito linguistico e socio – culturale. Si tratta, infatti, di donne per la maggior parte giovani, con livelli di istruzione bassi e minori capacità comunicative rispetto ai flussi del passato che spesso, durante il tragitto verso l’Italia, possono subire diverse forme di violenza e sono pertanto costrette a ricorrere ad interruzioni volontarie di gravidanza.

A riguardo la ginecologa del consultorio immigrati ribadisce:

“Quelle che ci sono arrivate dello SPRAR sono veramente bimbe morte! Nel senso che te le vedi dallo sguardo, è agghiacciante! Sono giovani e con lo sguardo perso! Perso!”(Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Ostetrica: Ce n’era una che aveva preso una pillola prima di mettersi in viaggio perché sapeva quello che poteva succedere! ... Con gli occhi spenti proprio!”(Intervista a Dott.ssa Del Bravo, AUSL N.O., Pisa, 2016).

In riferimento a tale utenza, inoltre, il Dott. Gualdieri ha rilevato:

“Finora problematiche specifiche non ne emergono dal punto di vista sanitario e dal mio punto di vista quello che emerge sono problematiche socio – culturali. Quello che c’è di sicuro è che la più parte, cioè una buona fetta sono persone, ragazze [...] che non sono in grado di comunicare con noi! Sì, per cui sono effettivamente scoperte devono trovare dei sostegni locali per poter entrare in contatto con la realtà che le ospita! [...] Per quanto io conosca la famiglia allargata africana per cui si sa che il bambino magari sta con il cosiddetto zio, zia, cugina e così via ...Ma sto riscontrando proprio la mancanza di comunicazione in questo momento! Cioè sembra che siano donne che sono partite e hanno perso il contatto con la realtà di partenza! Questa è una novità!(Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Una ginecologa dei consultori pisani che segue i percorsi di gravidanza di donne richiedenti asilo di origine nigeriana, analogamente, ha ribadito come nel loro caso le problematiche linguistiche possano intrecciarsi a quelle più propriamente culturali, rendendo complessa la relazione medica. Sostiene, infatti:

“Sai non è facile con loro perché comunque c’è tanta una difficoltà di lingua. Per cui c’è sempre l’intermediario che comunque è indispensabile, perché se no ... Alcune, sono accompagnate da un partner, altre no e quindi vengono da sole con la mediatrice ... e quindi questa è un pochino una difficoltà perché non riesci poi ad avere un rapporto diretto. [...] Solo perché non chiedono o non dicono c’ho questo problema, come fanno magari le altre che hanno la proprietà di linguaggio. Ovviamente è diverso. Quindi è come se comunque stessero bene in linea di massima e a volte non capiscono nemmeno la visita perché va fatta. E gli esami perché vanno fatti. C’è un po’ di deficienza a fare un po’ tutti gli esami che vengono prescritti però appunto questo è un poco la loro mentalità, la loro cultura, un po’ anche per le difficoltà che hanno a farsi test e a farsi i prelievi.” (Intervista a ginecologa AUSL N.O. Pisa 2017).

Emerge, comunque, in alcune interviste la consapevolezza che la nazionalità, la provenienza delle immigrate sia solo una delle variabili che possano incidere sui loro percorsi di salute o di accesso ai servizi sanitari, magari in relazione i diversi “percorsi” e “modelli” migratori.

Significative a riguardo le parole di O. mediatrice culturale che rileva come sovente le differenze in termini di accesso ai servizi siano da ricollegarsi non alle provenienze, ma piuttosto ai percorsi migratori delle donne, sostenendo:

“Io penso che non dipende tanto dalla nazionalità ma dalla situazione della donna perché io [...] vedo che ci sono le donne che sono da più tempo, più istruite, che hanno studiato, che hanno voglia di imparare l’italiano, perché imparare l’italiano dà la possibilità di sapere i tuoi diritti e non si può essere più ingannati. [...]. Io penso più che dalla nazionalità, dipende dal grado di volontà, che influenza l’accesso ai servizi. Poi ti appoggi a persone sbagliate che vogliono guadagnare sulla tua ignoranza, ignoranza di interpretare, non conoscenza!” (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

In riferimento alle questioni legate alla violenza di genere, inoltre, una psicologa del consultori di Pisa evidenzia come una maggior integrazione possa influire anche su di una più ampia disponibilità delle immigrate di “accogliere gli interventi di aiuto”, sebbene questi possano essere più complessi rispetto alle italiane. A riguardo sostiene:

“Con le donne italiane si riesce a fare di più. Con le donne straniere dipende da quello che hanno vissuto. [...] La problematica è comune, più che dalla nazionalità dipende dal grado di emancipazione della donna. Da quanto conosce

la lingua, da quanto tempo è in Italia, ma anche se lavora, non lavora, se ha vissuto in una situazione di isolamento o meno. Perché più una donna è integrata nella comunità più anche si sente pronta ad accogliere gli interventi di aiuto, che poi significa lasciare il marito, e pensare ad una denuncia, una separazione, pensare ad un percorso di autonomia in cui a quel punto hai tutta la responsabilità dei figli. Devi lavorare, ti devi risolvere da sola tante questioni” (Intervista a ginecologa AUSL N.O. Pisa 2017)

La psicologa sottolinea come alle volte le storie legate alla violenza possano essere complicate dalle difficoltà dei percorsi migratori⁴¹⁴ e in riferimento alla vicenda di una donna ucraina che aveva già un vissuto di sofferenza alle spalle, afferma:

“Fare un salto, venire in Italia, lavorare, cercare di essere autonome, di affermarsi come persona, e poi ritrovarsi schiacciata in una relazione di coppia, riattiva tutta una serie di sofferenza...per cui sono donne che alle volte fanno uso di sostanze, alcool. (Intervista a Psicologa AUSL N.O. Pisa 2017)

La dottoressa, inoltre, ha messo in evidenza come fra donne straniere il “confronto” stesso “con lo psicologo” può essere considerato, talvolta, una “sorta di svilimento alla persona” poiché vorrebbe dire “che non sono forti che non sono capaci di farcela da sole”. La denuncia, la separazione da un compagno violento può essere ostacolata anche da aspetti e dinamiche culturali o familiari, come nel caso di donne di religione islamica. A riguardo racconta:

“Devi fare i conti con le famiglie di origine, che queste più che nelle italiane, sono di ostacolo ad una separazione, perché culturalmente è prevalentemente una concezione che la donna debba poi accettare quelle che sono le violenze [...] Anche lì è difficoltoso. In un caso abbiamo lavorato anche con l’assistente sociale, in correlazione con l’Imam che comunque consigliava il marito, che cercava di far dialogare la coppia. [...] Nonostante ci fossero violenze, anche molto gravi, abbiamo dovuto lavorare per una conciliazione, perché era quello che la donna voleva, e quindi cercare di rafforzare il suo ruolo all’interno della famiglia (Intervista a Psicologa AUSL N.O. Pisa 2017)

In ambito relazionale assumono in ogni caso, un ruolo fondamentale la mediazione inter-culturale e la formazione, come si evince dalle interviste condotte ai medici, agli operatori sanitari e agli informatori privilegiati, assieme alle capacità di accoglienza, ascolto, e al possesso di competenze in ambito antropologico, comunicativo, interculturale.

8.2 - Importanza e centralità della formazione

Nel corso delle interviste è emersa la considerevole importanza attribuita all'ambito formativo da parte di medici e operatori sanitari. Questi, infatti, hanno espresso sovente la richiesta di ulteriori approfondimenti formativi in ambito migratorio volti a migliorare la relazione con le utenti straniere e i servizi stessi.

Una indagine comparata fra le regioni italiane in merito alle politiche realizzate nell'ambito dell'immigrazione e della salute ha preso in considerazione anche gli aspetti formativi, così come previsti dagli atti e dalle normative locali (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010). E' stato riscontrato, così, che la Regione Toscana abbia, negli anni, stanziato considerevoli risorse in questo ambito (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2010), così come si evince anche dalle interviste condotte. Nel contesto pisano infatti, sono più numerosi, i medici e gli operatori sanitari intervistati che hanno dichiarato di aver preso parte a percorsi formativi inerenti l'immigrazione.⁴¹⁵

Emblematiche le parole della responsabile delle Unità funzionali consultoriali di Pisa che sostiene:

“Tutti gli anni [gli operatori dei consultori] si formano con qualche corso di aggiornamento, come sulla normativa. Hanno fatto anche corsi più ampi sulla comunicazione con donne straniere... Ma cambiando l'etnia cambia tutto!”
(Intervista a Dott.ssa Trimarchi, AUSL N.O. Pisa, 2015)

Una ulteriore ricerca inerente l'immigrazione e la salute condotta in Toscana dal laboratorio di Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con la Regione (Nutti, Macicco, Barsanti, 2012), in ogni caso, ha riscontrato come l'ambito inerente la formazione, assieme a quello della comunicazione e dell'informazione fosse particolarmente problematico, così da necessitare ulteriori interventi (Capitani, 2012: 219).⁴¹⁶ Tale indagine, attraverso focus-group ha coinvolto sia gli operatori sanitari che l'utenza immigrata, individuando i settori critici in cui “intervenire” attraverso le azioni formative (Nutti, Macicco, Barsanti, 2012). E' stato riscontrato, in particolare, come fra gli operatori sanitari la conoscenza della normativa inerente l'assistenza sanitaria agli

⁴¹⁵ Per approfondimenti in riferimento a tale tematica si rimanda al Capitolo VII.

⁴¹⁶ Nel corso dell'indagine inoltre, sono state individuate numerose difformità in riferimento alle possibilità di accesso ai servizi sanitari degli stranieri in possesso di tessera STP e una elevata eterogeneità a livello regionale in riferimento al ruolo dei medici di medicina generale per la presa in carico di pazienti irregolari.

stranieri, soprattutto in riferimento alle procedure previste per gli irregolari fosse molto esigua, sebbene in ambito amministrativo vi fosse più informazione (Capitani, 2012: 161). Nel corso dei focus-gruppi inoltre è emersa una richiesta di ulteriori azioni formative e di mediazione interculturale, da parte di medici ed operatori sanitari, assieme all'esigenza di creare "maggiori connessioni con il territorio e con le comunità di stranieri in una logica di integrazione", al fine di realizzare "servizi efficienti ed efficaci" (Capitani, 2012: 197).

Analogamente all'indagine condotta in Toscana, anche nel corso di questa ricerca è stato possibile riscontrare come sovente la conoscenza delle normative in riferimento alla salute degli immigrati sia legata più a pratiche quotidiane che non ad una formazione specifica, in entrambi i contesti di indagine.

In Campania, le politiche in ambito formativo, in ogni caso, sono state meno rilevanti come è stato riscontrato dalla ricerca condotta da Geraci, Bonciani e Martinelli (2010) che colloca la regione ad un punteggio meno elevato rispetto alla Toscana a riguardo.⁴¹⁷ Dalle interviste comunque, si evince come gli aspetti inerenti la formazione siano considerati particolarmente significativi. Alcune attività formative che hanno coinvolto operatori, medici e ostetriche dei consultori dell'ASL Napoli 1 sono state attuate nell'autunno del 2015⁴¹⁸ nell'ambito del progetto regionale "Equità in Salute". Una ginecologa intervistata, così, ribadendone l'utilità, ha evidenziato come ulteriori interventi in questo settore potrebbero essere di grande ausilio per facilitare il rapporto con l'utenza immigrata. Afferma, infatti:

"Eh purtroppo no [non ho mai perso parte ad attività formative specifiche], però secondo me ci vorrebbero. Perché la facciamo sul campo però andiamo appunto solo sull'esperienza. Se riuscissimo... C'è stato un aggiornamento dove ha parlato una di queste persone che fanno questi incontri culturali e spiegava usi e

⁴¹⁷ L'indagine condotta in un'ottica comparata da Geraci Bonciani e Martinelli sulle politiche locali inerenti la tutela della salute degli immigrati, si è soffermata sull'analisi delle norme e della documentazione ufficiale prodotta in tale ambito individuando alcune dimensioni da poter comparare fra loro, fra cui quella inerente gli interventi formativi. La Toscana, in particolare, è stata valutata con un punteggio alto (equivalente a tre il massimo) in riferimento alla formazione e per gli interventi di mediazione in sanità, per i quali, le norme specificano "la promozione di interventi di sistema" (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2012: 151). La Campania, invece, è stata valutata in tale indagine con un punteggio più basso in riferimento a tali ambiti: per la formazione negli atti non è indicata la necessità, mentre gli interventi di mediazione inter-culturale, sono menzionati nelle norme e degli atti, ma "in maniera generica" (Geraci, Bonciani, Martinelli, 2012: 74).

⁴¹⁸ Tali attività, in particolare, facevano riferimento alla salute di genere e sono state previste nell'ambito del Progetto Equità della Regione Campania, includendo alcuni moduli per l'utenza immigrata. Per approfondimenti si rimanda al Capitolo VI.

costumi di ogni popolo che veniva. E quindi in questo senso, ci ha detto che quando vengono si trovano di fronte a questa difficoltà perché nel loro paese usa così ... Io quello non l'ho mai fatto, quello sulla violenza e sulla medicina di genere tenuto da una sociologa che facemmo l'anno scorso, per esempio sui flussi migratori che era quello di cui parlavamo all'inizio ... Sì, per esempio con loro è stata utilissima! Però ci vorrebbe una formazione un po' più globale! Secondo me nell'ambito della scelta personale sì! Appunto un'ora di lezione ti rimane, già quella è efficace ti serve per un anno di lavoro!” (Intervista a ginecologa ASL Napoli 1, 2016)

Sono, per altro, significative in riferimento a tale questione le parole di O. mediatrice culturale di Napoli che ribadisce come una formazione continua sia fondamentale al fine di migliorare i servizi rivolti all'utenza immigrata, sostenendo:

“[È importante] la formazione, non solo nella medicina ma formazione anche di antropologia, di comunicazione, di vari aspetti verbali e non verbali, perché ormai il mondo si è evoluto ed è meglio così, perché è più bello così! E se uno rimane sempre dietro non saprà mai accettare la persona diversa che ti è davanti! [...] La formazione degli operatori deve essere sempre continua, cambiano in continuazione le leggi, le modalità di accesso! (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

Le osservazioni della mediatrice interculturale, per altro, si pongono in linea con la concezione per la quale, la formazione continua, nell'ambito delle buone prassi, dovrebbe coinvolgere in maniera integrata tutti gli operatori sanitari dei servizi (Luatti, 2011: 503).

Ulteriori attività in questo ambito sono previste in Campania e a Napoli dal Progetto Regionale Equità in Salute che, tuttavia, al momento è fermo per questioni amministrative e burocratiche.⁴¹⁹

In riferimento a tale tematica, in ogni caso, appaiono estremamente significative le parole della responsabile dei consultori dell'ASL Napoli 1, la Dott.ssa Papa, che sostiene come anche nel corso della formazione universitaria sarebbe auspicabile una maggiore attenzione per gli aspetti comunicativi, l'accoglienza dei pazienti e la considerazione della diversità culturale. La responsabile, infatti, ribadisce:

“Il problema è che neanche i giovani si sanno rapportare alla diversità. L'Università forma fa didattica sugli aspetti medici, ma l'approccio, l'accoglienza, la comprensione dell'altro non esiste. Si dovrebbe dare maggiore visibilità, per esempio, a Giorgio Berti, a persone che hanno studiato l'importanza e la valenza della comunicazione in sanità! Quando si accoglie una persona abbiamo già fatto la metà della terapia.” (Intervista a Dott.ssa Papa, ASL Napoli 1, 2015).

⁴¹⁹ Per approfondimenti a riguardo si rimanda al Capitolo VI.

Dalle interviste a medici, operatori sanitari e informatori privilegiati è stato possibile riscontrare, inoltre, la significativa importanza attribuita alla mediazione interculturale, al fine di migliorare la relazione con l'utenza straniera.

8.3 - Il ruolo della mediazione inter – culturale

Un ampio dibattito, ruota attorno alla mediazione interlinguistica ed interculturale, in riferimento a numerose questioni fra cui quelle inerenti l'eterogeneità delle denominazioni di tale attività, nelle quali sovente si intrecciano e si confondono “il piano descrittivo (cosa è)” e quello “prescrittivo, normativo (cosa deve essere)” (Luatti, 2011: 101), la nazionalità, il genere, il ruolo o la presunta neutralità dei mediatori.⁴²⁰

A livello europeo la figura del mediatore interculturale non è presente in tutti paesi, con un profilo certo e riconosciuto. Manca, infatti, una chiara ed omogenea definizione inerente tale attività e una linea comune fra gli approcci normativi ed istituzionali in questo ambito (Mauriello, 2009: 13) In Italia, come in Spagna la figura del mediatore interculturale si è affermata, sulla base delle altre esperienze europee, dalla fine degli anni ottanta e soprattutto agli inizi degli anni

⁴²⁰ Nel corso degli anni si è assistito a una estrema varietà di denominazioni per indicare la mediazione. Ciò rispecchia la molteplicità di compiti, aspettative e finalità attribuiti ad essa (Luatti, 2011: 101). Si parla così di mediatore “culturale”, per far riferimento a chi è chiamato a presentare i tratti e le tradizioni dei paesi di origine degli immigrati, “linguistico”, qualora svolga essenzialmente funzioni di interpretariato, “linguistico – culturale” quando attiva entrambe le componenti, come nella mediazione di tipo triadico (ad esempio nelle strutture sanitarie) e “sociale” in riferimento ai contesti legati, ad esempio, alla marginalità.

Si distingue, inoltre, la mediazione “dialogica” che fa riferimento, soprattutto in ambito sanitario, a una specifica tecnica comunicativa, volta a promuovere la “partecipazione attiva dell'utente”, (Barbieri, 2008: 184) e le condizioni di equità, partecipazione, sensibilità o empatia (Baraldi, 2009: 73), dalla mediazione “etnocentrica”, che invece conferma le asimmetrie nella relazione, e si verifica quando il mediatore, schierandosi dalla parte del servizio, invita l'utente ad adattarsi ad esso (Baraldi, 2009). Fra le diverse denominazioni proposte, secondo Luatti, sarebbe più “inclusiva e adeguata” quella di mediazione inter-linguistica e interculturale, al fine di prendere in considerazione sia gli aspetti inerenti la facilitazione e l'interazione linguistica, che quelli relativi alla dimensione culturale e relazionale. In ambito istituzionale, tuttavia, è divenuta prevalente la denominazione “interculturale” abbandonando erroneamente il riferimento alle attività linguistiche (Luatti, 2011: 102).

Una ulteriore questione attiene alla nazionalità del mediatore. Inizialmente, infatti, tale attività era delegata soprattutto a persone di origine straniera con un vissuto di migrazione alle spalle, mentre attualmente è stato rivalutato il possesso di altre attitudini, competenze e motivazioni e si è diffusa una formazione che coinvolge anche persone italiane. Riguardo il genere, invece è stato riconosciuto come la presenza di una mediatrice donna che appartenga alla stessa nazionalità delle immigrate possa consentire di intervenire in riferimento a problematiche propriamente femminili, ad esempio in ambito socio-sanitario (Luatti, 2011:113; Aluffi Pentini, 2009: 62; Baraldi, Barbieri, Giarelli, 2008: 91). Nel contesto di ricerca considerato pertanto, inevitabilmente, la mediazione è affidata a donne.

novanta diffondendosi come pratica spontanea, a macchia d'olio e dal basso. Solo successivamente sarà presa in considerazione nell'ambito delle normative regionali e nazionali (Luatti, Torre, 2012: 29).⁴²¹ La mediazione culturale è stata, infatti, riconosciuta per la prima volta da un punto di vista legislativo nell'ambito della legge 40 del '98 sull'immigrazione, che ne ha ribadito l'importanza volta a facilitare l'accesso ai diritti e alle opportunità degli stranieri, facendo riferimento ad essa (nell' art. 40), senza tuttavia definirne l'attività (Mauriello, 2009: 15)

Nel corso degli anni, poi, in riferimento a tale attività sono mutate le tematiche emergenti, le attenzioni, le consapevolezze e le prospettive (Luatti, Torre, 2012: 29). E' possibile, così, distinguere, per Balsamo, quattro fasi fondamentali nell'evoluzione della mediazione interculturale nel contesto italiano: quella della "sperimentazione e della creatività", dello "sviluppo a livello normativo", del "silenzio e dell'isolamento" e dell'"azione autonoma verso la costituzione di una categoria professionale" (Balsamo, 2006; Mauriello, 2009). La prima fase è stata caratterizzata, per la studiosa, dalla sperimentazione di interventi in vari ambiti, fra cui quello sanitario, basati su di una autoformazione e "guidati da esperti italiani", in assenza, tuttavia, di una chiara definizione del ruolo e delle funzioni dei mediatori. Il secondo periodo, invece, è stato rappresentato da una diffusione sempre più ampia della mediazione interculturale e di interventi formativi in questo ambito, ma questo è stato seguito da una fase di isolamento caratterizzata dall'assenza di continuità formativa, di aggiornamento professionale e di confronto. Un'ultima fase, invece, si è contraddistinta per l'erogazione di interventi formativi più ampi che hanno contribuito a ridefinire il profilo professionale dei mediatori (Balsamo, 2006). Permane, in ogni caso, ad oggi, una considerevole eterogeneità a livello regionale in riferimento alla formazione ed alla definizione di questa figura professionale (Mauriello, 2009: 17).

Numerosi possono essere, per altro, i rischi, gli equivoci e i fraintendimenti nell'ambito di tale professione, come ha evidenziato Luatti (2001: 41).⁴²² Il mediatore interculturale, infatti, è visto sovente quale "incaricato della

⁴²¹ La Gran Bretagna e la Francia hanno una tradizione molto più radicata nell'ambito della mediazione interculturale anche per il fatto che sono paesi di più antica immigrazione. I servizi di mediazione sono pertanto più strutturati. (Mauriello, 2009: 13)

⁴²² Al mediatore "testimone di una certa cultura", "autentico" e preferibilmente madre lingua, sono delegate molteplici attività, cosicché alle volte è considerato una sorta di "jolly" nell'ambito

relazione con gli stranieri”, “testimone di una certa cultura” e per descriverne l’attività, si fa spesso riferimento alla metafora del “ponte” (Luatti Torre, 2011: 36) che connette due diversi e distinti orizzonti culturali (Taft, 1981: 53). Tali erronee visioni e rappresentazioni (Luatti, 2011; Luatti Torre, 2012) possono, per un verso, dare origine ad “approssimazioni di stampo culturalista” e rafforzare gli stereotipi, sul presupposto di una concezione statica e rigida delle culture o delle identità, d’altro canto, produrre una sorta di “deresponsabilizzazione” degli operatori dei servizi, che andrebbero a delegare al mediatore interculturale tutti gli aspetti inerenti la relazione con l’utenza immigrata (Luatti, Torre, 2012: 31; Luatti, 2011: 78 – 81).

Una prospettiva più recente, invece, fa riferimento ad una “idea forte” della mediazione, che dovrebbe essere intesa quale “compito e competenza diffusa”, ovvero considerata alla stregua di un processo “corale” e “collettivo” coinvolgendo l’interazione di più soggetti e tutti gli operatori dei servizi. Nell’ambito di tale concezione, così, la mediazione corrisponderebbe ad “dispositivo d’intervento”, poiché, a contribuire alla costruzione della relazione, dovrebbe essere l’insieme delle risorse professionali, organizzative, comunicative dei servizi e non il singolo mediatore (Luatti, Torre, 2011: 35). In tal caso pertanto, il successo o l’insuccesso della mediazione dipende dal setting, dal “contesto”, dal “clima” che si instaura (Luatti, Torre, 2011: 35) e la realizzazione di uno “spazio di mediazione” implica la creazione di “uno spazio che consente alla comunicazione di circolare” (Belpiede, 2008. 251), promuovendo ad ogni livello, processi di empowerment degli operatori sanitari.

Si è, così, evidenziato come, metaforicamente, il mediatore interculturale contribuirebbe a delineare l’arco del “ponte” che si reggerebbe grazie ad una pluralità di contributi, ad una dinamica che esigerebbe l’apporto di più professionisti, in possesso di una adeguata formazione (Luatti, Torre, 2012: 31; Cima 2009: 75). La metafora del ponte, per altro, presuppone che i concetti di cultura e di identità siano intesi quali entità statiche, rigide (Luatti, Torre, 2011:

dei servizi, quasi come se fosse dotato di “super- poteri”, ha rilevato Luatti. Ciò nell’ambito di una visione che sottende una concezione della cultura intesa in termini essenzialisti e statici (Luatti, Torre, 2012: 31). Si ritiene, poi, che tale figura occupazionale debba essere “neutrale” ed imparziale, sebbene questi principi siano difficili da attuare nelle situazioni concrete ed inoltre che debba contribuire a trasformare “in senso interculturale” la relazione in cui interviene con la sua attività. Nella realtà, tuttavia, può succedere che il suo intervento non riesca ad eludere logiche assimilazioniste e strumentali (Luatti, Torre, 2012: 31; Cima 2009: 75).

36), mentre come è stato evidenziato nell'ambito del dibattito antropologico e sociologico, se le prime sono sempre, in ogni caso, ibride, le seconde sono da intendersi in maniera dinamica, relazionale e in continuo mutamento.

La delega dell'attività di mediazione da parte delle istituzioni e dei servizi ad un'unica figura occupazionale, inoltre, implica, come ha evidenziato Aime, l'"ammissione" dell'impossibilità" e della difficoltà a confrontarsi con la diversità culturale (Aime 2012: 40). Gli operatori dei servizi, così, possono sviluppare di rado, o solo parzialmente, quelle competenze "interculturali" che rientrano in ambito antropologico, comunicativo e relazionale, che potrebbero consentire loro di essere "protagonisti" dell'incontro (Luatti, Torre 2012: 31). Competenze che secondo alcuni studiosi nella società odierna, dovrebbero costituire il "bagaglio professionale" e umano di tutti. (Luatti Torre, 2012: 31).

I mediatori non dovrebbero essere considerati, pertanto degli "esperti di cultura", ma piuttosto "persone capaci di mettere in discussione" e "decostruire" stereotipi o pregiudizi, di "ascoltare attivamente ed empaticamente". Essi con la loro attività dovrebbero mettere in rilievo il fatto che non esistono "ricette preconfezionate", poiché ogni migrante attiva le proprie strategie identitarie, così come non è possibile "spiegare" e "descrivere" la cultura "araba", "cinese" o "italiana" (Luatti, Torre, 2012: 34).

Un ulteriore equivoco, in questo ambito, fa riferimento all'idea inerente la netta separazione fra le dimensioni della mediazione linguistica e quella culturale. Si tratta, in realtà, come hanno evidenziato numerosi ricercatori, di due aspetti strettamente ed intrinsecamente interconnessi fra loro, poiché la traduzione implica anche l'interpretazione e viceversa (Luatti, 2011). In ambito antropologico, d'altro canto, è stato rilevato lo stretto legame fra la visione e la percezione del mondo e il linguaggio, evidenziando come le categorie linguistiche corrispondano a determinate categorie conoscitive (Ipotesi di Sapir-Whorf).⁴²³ Nella mediazione, inoltre, sono ricomprese anche le dimensioni non verbali della comunicazione.

A riguardo sono significative le parole di M. mediatrice culturale di origine bielorussa impiegata presso il Consultorio dell'Annunziata dell'ASL Napoli 1 e

⁴²³ La lingua, tuttavia, non è semplicemente uno strumento di comunicazione, poiché vi è un "nesso indissolubile fra linguaggio e pensiero" come hanno evidenziato diversi autori a partire dall'ipotesi Sapir-Whorf. Popolazioni differenti interpretano la realtà in conformità a differenti categorie linguistiche che corrispondono a delle categorie cognitive.

l'Ambulatorio per S.T.P. del Distretto 31. Questa ha evidenziato come sia difficile distinguere fra i diversi ambiti della sua attività, sostenendo:

“ ad un certo punto è difficile distinguere perché quando mi arriva un paziente anche se magari è abbastanza pratico io comunque dò a parte la traduzione anche l'orientamento...Partiamo dal caso generale...c'è una persona che arriva qua per vie traverse tramite gli amici, oppure sono arrivati giù all'ospedale e li hanno mandati all'ambulatorio . L'iter parte dalla tessera sanitaria quindi tu dai indicazioni e questa è una informazione di orientamento” (Intervista a M., mediatrice culturale Asl Napoli 1, 2016)

Molteplici, in ogni caso, possono essere le attività e le competenze richieste ai mediatori interculturali. L'intervento di mediazione, così, come ha rilevato Mauriello, può far riferimento a tre aree specifiche rappresentate dalla “facilitazione dell'accesso ai servizi ed alle opportunità territoriali”, dalla promozione di interventi informativi e culturali per il contrasto di stereotipi negativi e di atteggiamenti discriminatori ed infine, da azioni volte a favorire la valorizzazione delle culture di provenienza degli immigrati ed i legami con esse (Mauriello, 2009: 19).⁴²⁴ Esso può, pertanto, “strutturarsi in termini di “advocacy” ovvero in difesa dei diritti dei migranti o può essere volto al sostegno e all’ “empowerment”, facilitando la comunicazione e prevenendo i conflitti (Mauriello, 2009: 20).

Fra le attività che rientrano nell'ambito della mediazione interlinguistica, come ha evidenziato Morniroli, vi sono quelle inerenti l'interpretariato, la presa in carico dei bisogni informativi e di orientamento degli immigrati, l'accompagnamento ai servizi del territorio, la diffusione e la promozione, fra la popolazione autoctona, di conoscenze inerenti la cultura o i paesi di origine degli stranieri, il supporto alla progettazione (Morniroli, 2009: 22 – 24). Al mediatore, inoltre, sono richieste capacità analoghe a quelle in ambito antropologico volte al “decentramento”, ovvero alla capacità di “saper riconoscere la relatività” dei propri orizzonti culturali (Morniroli, 2009: 25, 26).

L'ambito sanitario può essere considerato, poi, uno dei “più delicati” e complessi in cui sono impegnati i mediatori interculturali, poiché le fragilità legate alle condizioni migratorie possono intrecciarsi a quelle relative ai percorsi

⁴²⁴ Si richiede, pertanto, ai mediatori da una parte di sopperire alle carenze dei servizi pubblici, rispondendo alle esigenze degli immigrati e d'altro canto, intendendo la mediazione in una accezione più ampia, di contribuire alla realizzazione di nuove modalità organizzative in ambito sociale (Mauriello, 2009: 19).

di salute o alla maternità (Esposito 2009: 18; de Filippo, 2011) Rappresenta, inoltre, un settore nel quale si avverte in maniera significativa l'esigenza di mediazione interculturale, che assolve un ruolo fondamentale nel facilitare la comunicazione in riferimento alle problematiche e alle incomprensioni legate a difficoltà linguistiche o inerenti l'ambito più propriamente culturale. Le attività richieste in questo specifico ambito ai mediatori interculturali possono essere numerose. Queste, come ha evidenziato de Filippo (2011), possono fare riferimento all'orientamento e all'informazione (che può essere rivolta sia agli utenti immigrati che agli operatori e può includere la collaborazione nella realizzazione di materiali plurilingue, o l'accompagnamento ai servizi), al piano linguistico e della comunicazione (ad esempio con la traduzione, la decodifica dei messaggi verbali e non verbali), della promozione della salute (come attraverso la comprensione di aspettative e bisogni espressi ed inespressi degli utenti), al livello interculturale (fornendo informazioni sui contesti di origine, collaborando alla progettazione di laboratori interculturali su medicine e tradizioni), relazionale (ponendo attenzione alla relazione, prevenzione del sorgere di malintesi) o della ricerca azione (de Filippo, 2011: 136).

La mediazione in questo settore, per altro, è il più delle volte "triadica", ovvero caratterizzata dal triangolo comunicativo fra operatore sanitario, mediatrice ed utente (Luatti, 2011: 88). Al mediatore spetta così, in questo ambito, il compito di supportare sia i pazienti, decodificandone i bisogni, informandoli sui diritti e doveri, individuando gli elementi di paura e disagio ⁴²⁵ e sia, al contempo, gli operatori sanitari, rassicurandoli in riferimento ad una adeguata comprensione della comunicazione o fornendo informazioni sulle differenze culturali dei paesi di origine (Esposito, 2009: 31, de Filippo, 2012: 134).

Questa figura occupazionale, per altro, va ad inserirsi nella relazione medico paziente, per la quale sono considerati di fondamentale importanza gli aspetti inerenti la fiducia e la collaborazione e si pone al centro del colloquio" pur non essendone il protagonista. Tale condizione cosa non semplice da gestire, come rileva de Filippo, cosicché è importante che non travalichi le sue funzioni. Si ritiene, inoltre, che il mediatore in ambito sanitario debba assumere una posizione nei limiti del possibile neutrale, senza indentificarsi né nell'utenza, né

⁴²⁵ L'ambito sanitario è stato il primo in cui si è espresso il bisogno di mediazione interculturale, avvertita quale necessità fin dai primi anni '90 (Luatti, 2011: 133)

nel servizio per evitare il rischio di essere considerato portavoce del sistema sanitario. Deve, poi, riuscire ad ottenere credito sia da parte degli immigrati che nell'ambito della équipe con cui collabora, ed è importante in tal senso, ha rilevato de Filippo, offrire garanzia sulla riservatezza delle informazioni e il segreto professionale (Esposito, 2009: 31) o la verifica del consenso in merito alla sua presenza (de Filippo, 2011: 137). A riguardo, anche, la responsabile del servizio di mediazione delle ASL pisane fornito dalla Cooperativa Arnera ha ribadito come possa essere importante considerare la possibilità di richiedere un consenso scritto per la presenza di mediatori interculturali in ambito sanitario, sostenendo:

“Anche il discorso del consenso della presenza del Mediatore [...] per lo sportello [...] ’abbiamo dovuto formalizzare [...] Alla Usl per ora in tutti questi anni ci è capitato solo una volta che un mediatore non è stato accettato, perché cosa succede? Siccome [...] è l’operatore sanitario che ti attiva per cui tu arrivi e dici guarda io sono il mediatore faccio parte dell’équipe mi hanno chiesto di venire. [...] ora si formalizzerà però anche questo aspetto qui. E’ complesso, è una situazione che poi rientra nella privacy” (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015)

Numerosi ricercatori, così, hanno ribadito come tale attività, per la complessità e le difficoltà che comporta, debba coinvolgere persone che abbiano acquisito particolari competenze, professionalità, deontologia e consapevolezza nell'ambito di precisi percorsi formativi (de Filippo, 2012: 134). La formazione dei mediatori in ambito sanitario pertanto deve riguardare, come ha rilevato de Filippo, la conoscenza delle dinamiche migratorie ma anche quella inerente il sistema dei servizi sanitari, le normative, le strutture presenti sul territorio (de Filippo, 2011: 129 – 142) e necessita di continuo aggiornamento. In riferimento a tale ambito, in ogni caso, appaiono emblematiche le riflessioni di J., mediatrice culturale di origine ucraina e responsabile di numerosi interventi realizzati sul territorio napoletano, che ribadisce come sia necessaria una formazione “completa”, che includa competenze in diversi ambiti, fra cui quello linguistico, sociale e sanitario. J. infatti rileva come sia sempre più richiesta soprattutto nell'ambito degli interventi rivolti ai nuovi flussi migratori di richiedenti protezione internazionale:

“Una figura completa [...] Non le abbiamo queste figure sono tutti improvvisati questi interpreti [...] Per esempio per gli sbarchi [...] Ci vuole una figura un po' più funzionale quindi deve essere preparata cioè deve essere madrelingua innanzitutto o comunque preparata in una lingua particolare [...] in grado di

cogliere subito le problematiche diciamo di primo approccio” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli 2016)

Nel corso della ricerca, durante le interviste o in occasione dei colloqui informali e dell’attività di osservazione, è stato possibile riscontrare come da parte degli operatori sanitari l’ambito della comunicazione sia considerato particolarmente problematico, soprattutto in riferimento alle difficoltà linguistiche. Ostetriche, ginecologhe o operatrici dei consultori ove è stata svolta l’indagine hanno ribadito come una maggiore presenza e un ulteriore ausilio di mediatrici interculturali potrebbe essere fondamentale per migliorare i servizi, per facilitare l’accesso e la fruizione ad essi da parte delle donne straniere e superare le problematiche relazionali.

Significative sono a riguardo le parole di una ostetrica del consultorio dell’ASL Napoli 1, che ribadisce:

“Il problema nostro è la lingua. [...] Da due tre anni non di più ci hanno dato i mediatori. Abbiamo M. e poi abbiamo la mediatrice rumena che è C. che è molto, molto brava, che però ultimamente non sta venendo [...].⁴²⁶ Quando non abbiamo i mediatori ... per esempio stamani sono venute due algerine e purtroppo noi non siamo brave né con l’inglese né col francese e quindi come stamattina, per noi è difficoltoso non avere un mediatore che ci traduce tutto quello che vogliono! [...] L’unica cosa sarebbe avere una persona fissa, una mediatrice. Noi con un po’ d’inglese cerchiamo di farci capire ma resta il dubbio che lei abbia capito. Vai a spiegare ad una persona che non parla la nostra lingua ...una terapia ... È complicato!” (Intervista a ostetrica ASL Napoli 1, 2016)

La referente del servizio di accettazione del consultori di Pisa analogamente ribadisce:

“Più che altro servirebbe una persona specializzata magari in una mediazione linguistica, la cosa sarebbe quella perché poi magari le loro difficoltà stanno sia nel comunicare direttamente, prendere gli appuntamenti giusto [...] Servirebbe magari qualcuno come mediatore linguistico, un intermediario fra noi e coloro che magari non si sanno porre, non sanno che dire, magari non sanno dire nemmeno quali sono veramente i problemi, sottovalutano altre cose che magari sono importanti. [...] Quindi delle volte c’è una barriera linguistica che fa tanto.” (Intervista a referente Accettazione Consultori AUSL N.O. Pisa 2017)

⁴²⁶ M. è la mediatrice culturale bielorusa impiegata al consultorio del Distretti 31, una volta la settimana, mentre C. una mediatrice culturale della Cooperativa Dedalus che accompagnava al servizio le donne inserite in alcune progettualità o le rom.

Differenti possono essere, per altro, le tipologie degli interventi di mediazione interculturale. Nel corso della ricerca è emerso come sia operatori sanitari che le mediatrici percepiscano alcune difficoltà inerenti gli interventi “a chiamata”.

Una ostetrica dell’ASL Napoli 1 ha rilevato, ad esempio, come far riferimento alla mediazione a chiamata possa essere alle volte complesso, per questioni logistiche e per le situazioni di urgenza, sostenendo:

“Noi ce l’avevamo il mediatore, solo che bisogna chiamare programmare l’arrivo da noi. Solo che qua vengono così. Un po’ di difficoltà ce l’abbiamo.” (Intervista a ostetrica ASL Napoli 1, 2016)

In riferimento, invece, alle possibili difficoltà inerenti l’attività di mediazione, sono significative le parole di O., mediatrice di origine ucraina della cooperativa Dedalus, che rileva:

“La mediazione a chiamata non è facile! Perché uno va a fare la mediazione a chiamata senza sapere né il caso né la situazione che devi affrontare. I medici devono essere preparati in tutte le branche della medicina, la terminologia è diversa dalla pediatria e da altri ambiti. Per me la mediazione a chiamata è il massimo di professionalità, anche se spesso non viene valutato così, perché si considera molto frettolosa. Invece la mediazione, una buona mediazione a chiamata dipende da tante cose! E lì entri nel conflitto medico, paziente, mediatore perché il medico vuole avere subito delle risposte, ma tu vai come se fossi cieco non sai dove vai non ti puoi preparare all’ultimo minuto. [...] E lì c’è il problema del tempo perché devi fare veloce, perché la mediazione a chiamata non puoi prolungarla tante ore e devi essere in grado di svolgere la tua attività correttamente per il paziente! (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

L’importanza della mediazione interculturale per gli operatori sanitari, inoltre, si ricollega a questioni inerenti la sicurezza, la certezza che le pazienti abbiano compreso adeguatamente ciò di cui si è parlato. La responsabile dei servizi di mediazione delle ASL e dei presidi ospedalieri pisani così ribadisce:

“Faranno una nuova gara perché credono che la presenza fisica del mediatore dia un apporto notevole soprattutto per un discorso di sicurezza sanitaria, cioè mi viene una persona per qualsiasi motivo e io non riesco a capire, [...] Perché loro per un discorso di tutela loro, di sicurezza sanitaria vogliono che la persona capisca quello che lui dice e anche in tutte le situazioni. (Intervista a Pieracci, Cooperativa Arnera, Pisa, 2015)

Alle mediatrici interculturali in ogni caso, si ricorre soprattutto qualora vi siano particolari problematiche linguistiche, anche se più spesso, si riesce a rimediare a tali esigenze con l’ausilio dei mediatori informali (come mariti, amiche), che accompagnano le donne. Tale forma di mediazione secondo alcuni operatori

sanitari, può presentare alcuni vantaggi, sebbene non sia qualificata. Il Dott. Gualdieri, in particolare, fa riferimento ad essa in termini di “mediazione fiduciaria” sostenendo:

“Allora diciamo che la mediazione linguistica è indispensabile, quindi sono d'accordo nel momento in cui non c'è una capacità comunicativa! La mediazione culturale è una chimera, perché è troppo difficile ... a meno che non sia proprio della stessa etnia, dello stesso villaggio, è difficile! Infatti io ho coniato il termine “mediazione fiduciaria”, che è una mediazione che a me succede spesso, nel senso che quando c'è un soggetto che pensa di non poter comunicare con me e chiaramente avviene per le lingue arabe, oppure lingue dell'Est Europa e così via, loro si fanno accompagnare da soggetti precisi. E lì funziona tutto ... Perché non è detto che poi tu debba essere la stessa città, della stessa nazione ... non è detto debba essere la stessa nazione! Qualche volta si fanno accompagnare addirittura da napoletani perché non sanno se il medico è in grado di entrare nella tua problematica! (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

Le mediatrici intervistate, in riferimento alle attività in cui sono coinvolte, hanno ribadito che oltre a far fronte a problematiche linguistiche o inerenti le dimensioni culturali, correlate, ad esempio, a diverse concezioni della malattia, della gravidanza, del parto o del puerperio, sono spesso impegnate nell'informazione su diritti e norme o nell'orientamento ai servizi, che rappresentano per molte donne immigrate ambiti critici. O. Mediatrice dell'ex ambulatorio del Policlinico di Napoli a riguardo ha ribadito *“è molto importante la giusta informazione e anche l'orientamento”*. Sostenendo inoltre:

“Diamo moltissima informazione su varie tematiche per esempio screening femminile, mammografia, pap- test. Poi anche informazioni che riguardano diritti femminili. Informazioni anche per iscriversi al Servizio Sanitario per la maternità, per il permesso di soggiorno! (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Coop. Dedalus, 2015)

Una adeguata informazione può essere di fondamentale importanza nel corso della gravidanza anche in relazione alla tempistica di particolari esami, come ha sottolineato a riguardo la mediatrice interculturale.

Dalle interviste emerge, inoltre, come il ruolo delle mediatrici interculturali possa essere considerato fondamentale, soprattutto per riuscire a comunicare con l'utenza più problematica.

Nel caso delle immigrate impiegate in attività di assistenza e cura “notte e giorno”, come ha evidenziato J., possono, poi, intercorrere problematiche psichiatriche legate all'isolamento lavorativo o all'eccessivo impegno emotivo e fisico. In tal caso pertanto, può essere *“essenziale la presenza di un mediatore*

culturale, comunque di una persona di madrelingua”, poiché alle volte accade che siano ricoverate e “non si sa neanche quello che hanno proprio perché la persona sta talmente male che non riesce neanche a capire.” (Intervista a J., mediatrice culturale di origine ucraina, Ass.. Il Pioppo, 2016).

Una ginecologa del Consultorio del Distretto 31 dell'ASL Napoli 1, inoltre, ha evidenziato come l'ausilio della presenza di mediatrici qualificate possa essere particolarmente significativo nel caso di situazioni complesse, in riferimento ad esempio, alle donne vittime di prostituzione e tratta, ribadendo:

“Anche perché magari c'è la possibilità in assenza della paziente magari la mediatrice.... Soprattutto C. lo faceva molto. Entrava prima lei raccontava la storia, che erano tutte storie un po' particolari, per cui quando entrava evitavi tipo la terapia, come facciamo noi, l'ovulo la sera. Giustamente loro lavorano la sera, quindi l'ovulo si mette la mattina e non la sera. Cioè, sono cose strane, però loro ci aiutano in questo!” (Intervista a ginecologa ASL Napoli 1, 2016)

La presenza di tali figure occupazionali, secondo la ginecologa consentirebbe di migliorare la qualità dei servizi rivolti alle immigrate. Sostiene, infatti:

“Se ci fosse questa figura intermedia tra la mediatrice e l'assistente sociale.... Perché loro fanno quasi da assistenti sociali perché accompagnano sanno le strutture insomma diciamo che è un ruolo simile a quello dell'assistente sociale!” . (Intervista a ginecologa ASL Napoli 1, 2016)

Il ricorso alla mediazione inter-culturale, inoltre, può essere di ausilio per risolvere incomprensioni linguistiche e comunicative, anche qualora vi sia l'intermediazione di operatori sociali ed alle volte, come ha rilevato la ginecologa del consultorio immigrati di Pisa, può accadere che l'interazione con il contesto medico possa favorire l'emergere di particolari problematiche. Emblematica a riguardo la vicenda di una donna richiedente protezione internazionale che si è rivolta, con l'ausilio di una operatrice sociale, al consultorio immigrati di Pisa. La decisione di ricorrere all'ausilio della mediazione telefonica si è verificato, in tla caso, fondamentale, come ricorda la ginecologa raccontando:

“Forse, poi alla fine loro, magari si fidano di più di un medico, quindi si scoprono anche cose che non si sapevano! Come quella che è venuta oggi. L'accompagnatrice mi ha detto “E' incinta, è del marito che il bambino lo vuole e quindi andiamo avanti!”. Ma invece lei voleva interrompere la gravidanza! Sì sì, noi abbiamo chiamato la mediatrice! Abbiamo attivato la mediatrice telefonica! Per forza perché questa era analfabeta, parlava solo arabo! Come si faceva? Noi prima di darle il libretto di gravidanza così...” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, Consultorio Immigrati, AUSL N.O., Pisa, 2016).

Situazioni problematiche, poi, possono far riferimento alle questioni relative alla mutilazione genitale femminile. Le attività di mediazione interculturale possono rappresentare un importante sostegno, anche in questo caso, come ricordano le operatrici del Consultorio immigrati pisano, in riferimento a un intervento in ambito familiare messo in atto per evitare che la figlia subisse una infibulazione nel paese di origine:

“Una volta è capitata una mediazione per quella coppia che aveva una figlia femmina, per cui avevamo paura di una infibulazione. Lui era del Sud Sudan e lei era senegalese e prima di partire facemmo tutta una mediazione con un mediatore maschio del Sud Sudan, in lingua araba e poi un'altra mediatrice, per cercare di fare prevenzione sull'infibulazione su questa povera bambina che andava in Sud Sudan!” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, Consultorio Immigrati, AUSL N.O., Pisa, 2016).

La mediazione può, per altro, essere particolarmente di aiuto in riferimento alle problematiche relazionali delle donne rom, come ha ribadito J. mediatrice macedone impiegata presso il consultorio immigrati di Pisa evidenziando:

“Io per la maggior parte sono più con i macedoni rom, e lì la maggior parte ho da fare anche da tramite non solo a livello linguistico, ma anche culturale. O anche ad orientare le donne! Perché magari una persona del loro paese potrebbe essere vista come quella che li può, tra virgolette, aiutare e quindi far da tramite, far capire che ci sono delle regole che vanno seguite. E' questo quello che vogliamo dare! E lì è la parte difficile, ma noi lo facciamo e cerchiamo di farlo! L'intento è più che altro per loro [...] Perché un conto è che un italiano gli fa un paragone e gli dice “guarda che anche da te ci sono certe regole che si fa così e così!” E un conto è che lo fa uno del loro paese, che fa un esempio, un paragone! Poi altri interventi sono anche linguistici, strettamente linguistici e la mediazione può essere di supporto perché a volte magari a chi osa ... Quando ti dicevo hanno difficoltà anche a farsi una visita, per un imbarazzo che si sentono, anche dargli un supporto, tipo,, nella loro lingua, dirgli “sta tranquilla non ti preoccupare!” Oppure accompagnarli nel percorso serenamente anche quello è importante! Per alcune lo vedo, lo sento e me lo dicono che è importante” (Intervista a J., mediatrice culturale, Consultorio immigrati, Pisa 2015)

In riferimento alla complessità, alle difficoltà e all'arricchimento emotivo che le attività di mediazione interculturale possono implicare sono significative le testimonianze delle stesse mediatrici. J. mediatrice interculturale di origine ucraina di Napoli, coinvolta in diverse progettualità del privato sociale ma anche presso il consultorio, ha evidenziato le possibilità che offre un ambiente accogliente nell'ambito della sua attività, sostenendo:

“Gli aspetti positivi [di questa attività] sono sempre sicuramente sempre quelli del confronto. Diciamo che tra le donne è molto bello secondo me questo, quindi là dove tu trovi [...] Come al consultorio quando tu trovi un ambiente molto

accogliente, quindi la donna viene rassicurata, viene informata, viene seguita, comunque è bene! (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli 2016)

O., invece, riguardo l'attività di mediazione interculturale sostiene:

“Io penso che nel nostro lavoro è importante proprio accogliere il bisogno, qualora la donna non parla, si sente a disagio!” (Intervista a O., mediatrice culturale ucraina, Dedalus, 2015)

M., invece, mediatrice di origine bileorussa, impegnata presso il consultorio e l'ambulatorio per irregolari del Distretto 31, evidenzia come il rapporto con le utenti dei servizi, alle volte, possa travalicare i ruoli professionali, ribadendo:

“Con le pazienti si instaura anche un rapporto che va un po' al di là, non rappresenti solo chi ti traduce. L'apice è al consultorio là per esempio è venuta una ragazza che parla bene l'italiano e non aveva bisogno del mediatore in quanto interprete. Mi ha voluto con se perché si sentiva più a suo agio, quindi si diventa quasi amiche [...] . Quando entri in questi ambiti particolari c'è una fase nella quale tu rimani te stesso e poi capisci come ti devi comportare per cercare di fare qualcosa di più per cercare di essere utile, perché noi immigrati sappiamo tutti come ci siamo sentiti quando siamo arrivati qua, quando non sapevamo la lingua” (Intervista a M., Mediatrice culturale Asl Napoli 1, 2016)

Nel corso della ricerca, inoltre, è risultato come la presenza di mediatrici di una particolare nazionalità presso alcuni servizi possa contribuire a facilitare ed al contempo a far emergere una anche una utenza che si rivolge di rado ai servizi, “richiamando” per certi versi le connazionali per le quali può rappresentare un punto di riferimento. Emblematico a riguardo è il caso della presenza di una mediatrice cinese presso l'ex ambulatorio del Policlinico di Napoli o di una mediatrice somala presso il consultorio immigrati di Pisa.⁴²⁷ La ginecologa del consultorio immigrati, a riguardo, ricorda:

“Questo perché essendo la nostra mediatrice somala, M., [...] e in quel tempo a Pisa erano particolarmente presenti le badanti somale, che erano arrivate prima delle badanti filippine ... E quindi noi la prima realtà con cui siamo venuti a contatto è stata quella, poiché le utenti che lei ci portava erano essenzialmente somale, visto che era una realtà che lei conosceva bene e con cui interagiva meglio” (Intervista a Dott.ssa Del Bravo, Consultorio Immigrati, AUSL N.O., Pisa, 2016).

⁴²⁷ La presenza della mediatrice cinese presso l'ex ambulatorio ostetrico ginecologico per straniere del Policlinico di Napoli ha favorito infatti l'emergere della utenza cinese. La presenza, invece, della mediatrice somala nei primi anni in cui è stato avviato il progetto sperimentale del consultorio immigrati a Pisa, ha facilitato l'accesso al servizio delle donne di questa nazionalità, come si evince dalle interviste. Per approfondimenti a riguardo, si rimanda ai Capitoli VI e VII.

Sono emblematiche, in tal senso, anche le riflessioni di J. mediatrice culturale ucraina che dopo aver evidenziato come la presenza di una mediatrice interculturale bielorusa presso il consultorio del Distretto 31 dell'ASL Napoli 1 faciliti e per certi versi, “richiami” l'utenza rappresentata da donne di questa nazionalità,⁴²⁸ ha ribadito come un turn over di mediatrici di diversa nazionalità potrebbe, forse, favorire l'accesso al servizio di immigrate di altre provenienze. J. sostiene infatti:

“Là lavora mediatrice russa in qualche modo ha favorito magari anche l'accesso di questa tipo di comunità che è stata in qualche modo richiamata [...] la figura del mediatore è attiva perché ovviamente innanzitutto è madrelingua, comunica [...] Quindi elimina il primo imbarazzo, perché c'è comunque sempre un po' di imbarazzo di una barriera ecc [...] Ci vorrebbe, quindi, magari anche un turn over se ci sono possibilità di sostituire altre figure. Perché M. sta là un giorno mi sembra una volta a settimana, quindi se invece c'è la possibilità [...] per un altro giorno di inserire magari una mediatrice indiana, un altro giorno una mediatrice nigeriana. E quando parliamo di donne arabe, io donne arabe non le ho mai viste al consultorio mai, mai!” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli 2016)

Si può concordare con J., in riferimento al fatto che un “turn over” di mediatrici di diversa nazionalità, presso i servizi dei consultori, potrebbe facilitare l'accesso di immigrate che difficilmente si rivolgono ad essi (come nel caso delle donne arabe, filippine, o cinesi), soprattutto nelle prime fasi dei loro percorsi migratori. Il rischio, in tal senso, potrebbe, tuttavia, essere quello di “costringere gli individui”, come ha evidenziato Aime, “ad indossare la divisa della propria cultura senza concedere loro la possibilità di meticcarsi, contaminarsi, scegliere” (Aime, 2012: 44). Si può, ritenere così, che la presenza di mediatrici interculturali possa facilitare e migliorare le possibilità di accedere ai servizi da parte delle donne straniere, assieme a politiche più ampie attente sia alla formazione continua di medici e operatori sanitari, che alle condizioni delle stesse immigrate.

A fronte della considerevole richiesta di mediazione interlinguistica e interculturale, tuttavia, come si è visto nei precedenti capitoli, numerose problematiche, in tale ambito, si ricollegano ai tagli ai finanziamenti e alle difficoltà dei servizi di poter far riferimento a delle figure stabili, sia nel contesto pisano che in quello napoletano.

⁴²⁸ Per approfondimenti di rimanda al Capitolo VI.

CAPITOLO IX

Accesso ai servizi, vissuti del parto e “spazi di cura transnazionali”.

Il punto di vista e le esperienze di immigrate filippine e ucraine

In questo capitolo si andrà a focalizzare l'attenzione sul punto di vista, sulle esperienze, sulle traiettorie delle immigrate di origine ucraina e filippina a Napoli e a Pisa in riferimento all'accesso ai servizi sanitari, ai vissuti inerenti il parto e la maternità, alla creazione di “spazi e traiettorie di cura transnazionali”⁴²⁹ e a forme di pluralismo medico.

La decisione di far riferimento a immigrate di tale provenienza si ricollega al fatto che i due flussi migratori si caratterizzano per alcuni tratti simili ed al contempo differenti. In entrambi i casi le donne, “pioniere” nella migrazione, rappresentano sovente il primo anello della catena migratoria. Partite per ragioni prevalentemente economiche e lavorative esse, inoltre, si inseriscono nell'ambito del settore dei servizi come colf, collaboratrici domestiche o in attività di assistenza e cura, quali “badanti”. In entrambi i contesti di indagine, vi è, poi, come si è visto nei precedenti capitoli, una considerevole presenza di donne straniere inserite in tali settori occupazionali.

Una ulteriore motivazione della scelta di far riferimento a questi due gruppi nazionali si ricollega al fatto che da un punto di vista statistico la presenza ucraina è particolarmente significativa nella città di Napoli (collocandosi al secondo posto dopo quella srilankese),⁴³⁰ seppure sia considerevole anche a Pisa, mentre quella filippina è la più numerosa nella città toscana, pur essendo consistente, articolata e ben radicata anche nella città di Napoli.⁴³¹

Vi sono, in ogni caso, considerevoli differenze fra queste due collettività. La presenza ucraina, infatti, è molto più recente rispetto a quella filippina, che invece, rappresenta una delle comunità “storiche” in Italia, i cui primi arrivi risalgono alla metà degli anni settanta. Donne ucraine e filippine, inoltre, si inseriscono in

⁴²⁹ Si rimanda al paragrafo 9.7 .

⁴³⁰ La decisione di non prendere in considerazione tale gruppo nazionale, fa invece riferimento al fatto che non è presente in maniera rilevante nella città di Pisa.

⁴³¹ Si rimanda, per approfondimenti, ai Cap. VI e VII.

differenti nicchie e segmenti del settore domestico o di assistenza. Gli studi di Anderson (2000) e Parrenas (2001)⁴³² hanno evidenziato come esista una stratificazione anche salariale fra le migranti di diversa provenienza che sono coinvolte in questi ambiti occupazionali.⁴³³ Le donne filippine, a differenza di quelle ucraine, svolgono tali attività lavorando per persone più agiate da un punto di vista economico e con una maggiore regolarità occupazionale, alla quale corrisponde una più diffusa regolarità del soggiorno.

In entrambi i casi, comunque, i network locali e transnazionali femminili, che assolvono una considerevole importanza, hanno contribuito a incrementare fenomeni di segregazione lavorativa in tale settore (Ambrosini, 2008; Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 302).⁴³⁴

Differenze fra le due collettività, inoltre, possono attenersi alla durata dei progetti migratori o al ruolo delle reti comunitarie, che presentano caratteristiche diverse.⁴³⁵

Alcuni studi hanno, poi, messo in rilievo come possano essere molteplici le difficoltà delle immigrate inserite come colf e soprattutto badanti nel rivolgersi ai servizi sanitari, evidenziando che, sovente, queste donne fanno riferimento ad essi, soprattutto per coloro che assistono e poco per sé stesse (Tognetti Bordogna, 2009).

Per quanto riguarda, l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari, in ogni caso, le immigrate che provengono dalle Filippine e dall'Ucraina sono considerate, come si è visto nei precedenti capitoli, un'utenza non particolarmente problematica da un punto di vista relazionale da medici ed operatori sanitari.⁴³⁶ Dalle interviste a questi ultimi, infatti, è emerso come sia opinione diffusa che le ucraine non hanno particolari difficoltà comunicative o ad orientarsi fra i servizi, mentre quelle filippine possono avvalersi dell'ausilio delle loro reti di connazionali.

Una indagine condotta a Milano, fra il 2011 e il 2012, nell'ambito della fondazione I.S.M.U. da Carrillo e Sarli, volta a approfondire le condizioni di

⁴³² Parrenas, inoltre, focalizzando l'attenzione sulla migrazione filippina a Roma e a Los Angeles ha messo in evidenza come, alle volte, l'Italia rappresenti per le donne di questa nazionalità una meta di ripiego rispetto ad altre, quali il Canada o gli Stati Uniti (Parrenas, 2001).

⁴³³ Per un approfondimento in riferimento al concetto di stratificazione delle nazionalità coinvolte in ambito domestico e di assistenza elaborato Anderson (2000), si rimanda al Cap I, paragrafo 1.5.

⁴³⁴ In riferimento al ruolo ed alla letteratura delle reti migratorie femminili si rimanda al Cap. II.

⁴³⁵ Si rimanda al paragrafo 9. 3.

⁴³⁶ Si rimanda a riguardo al Cap. VIII.

salute e i comportamenti in ambito sanitario di filippini ⁴³⁷ ha, poi, evidenziato come vi sia una carenza di contributi scientifici che affrontano tematiche sanitarie in riferimento a tale gruppo nazionale. Questa ricerca ha individuato alcuni nodi problematici riscontrando, fra migranti di questa nazionalità, analogamente a quanto avviene per coloro che provengono dalla Cina, difficoltà ad esprimere i propri bisogni, un ridotto utilizzo dei servizi socio – sanitari e la caratteristica di rivolgersi poco ad essi, facendo riferimento, soprattutto, alla medicina tradizionale. L’ “invisibilità” che contraddistingue l’inserimento della presenza filippina che fa riferimento, in caso di necessità, alle reti di connazionali (Greco, 2004; Zanfrini Asis, 2006), andrebbe, così, a caratterizzare anche i comportamenti in ambito sanitario. I ricercatori hanno, poi, rilevato una scarsa fiducia nei servizi, assieme al ricorso a strategie di cura transnazionali o alla medicina del proprio paese di origine. In base a tale indagine, così, i bisogni di cura di questi immigrati tendono a essere, sovente, “affrontati autonomamente” (Geraci, Russo, Affronti, 2012: 231; Carrillo, Sarli, 2012).

In riferimento ai percorsi di salute femminile e maternità delle immigrate filippine ed ucraine ci si è chiesti, dunque, quali siano le difficoltà che le donne incontrano per l’accesso e la fruizione dei servizi sanitari, a cosa si ricolleghino e se vi siano delle differenze in tale ambito nei due contesti della ricerca.

Nel corso di questo capitolo, così, dopo aver focalizzato l’attenzione sulle dinamiche dei due flussi migratori considerati, anche attraverso un approfondimento delle statistiche e delle specificità inerenti la loro presenza negli ambiti di indagine della ricerca, ci si soffermerà sulle caratteristiche del campione delle donne intervistate, per poi prenderne in considerazione le esperienze, i punti di vista in riferimento alle questioni relative all’accesso ai servizi sanitari. Saranno, quindi, approfonditi i percorsi delle immigrate inerenti la gravidanza, il parto, la maternità a partire dalle loro narrazioni e testimonianze e si evidenzierà, infine, come vadano a ricreare “spazi di cura transnazionali” (Zanini, Raffaetà,

⁴³⁷ L’indagine è stata condotta con una metodologia quali – quantitativa attraverso la somministrazione di 100 questionari ad immigrati cinesi e filippini, due focus group con informatori privilegiati appartenenti alle due comunità e alcune interviste in profondità a operatori socio – psico - sanitari e a referenti politici. La survey è stata realizzata grazie all’ ausilio di mediatori culturali appartenenti alla comunità. (Carrillo e Sarli, 2012 in Geraci, Russo, Affronti, 2012: 231)

Krause, Alex 2013; Krause 2008, Dyck 2006; Dyck, Dossa 2007; Collins 2008; Tognetti Bordogna, 2016). Questi ultimi, da una parte possono rappresentare una risposta alle problematiche legate al ricorso ai servizi nei contesti migratori e dall'altra si ricollegano alle concezioni della salute, della malattia, della gravidanza delle stesse donne, che possono far riferimento a forme di pluralismo medico per sé stesse o per i propri figli. Si vedrà, infatti, come possano essere molteplici le ibridazioni nell'ambito dei loro percorsi di cura o di quelli inerenti la gravidanza e il parto, che come è stato evidenziato nei capitoli precedenti, rappresentano eventi fortemente connotati da un punto di vista culturale e sociale (Ranisio, 2012).⁴³⁸

Andiamo quindi a considerare, in primo luogo, le traiettorie, le peculiarità dei flussi migratori provenienti dalle Filippine e dall'Ucraina per evidenziarne ulteriori analogie e differenze.

9.1 La presenza filippina silente, comunitaria e transnazionale: dalle “pioniere” ad oggi

In Italia quella filippina rappresenta una delle comunità più numerose, di più antico insediamento, caratterizzata inizialmente da una forte connotazione di genere che si è attenuata nel corso del tempo (Zontini 2004; Zanfrini, Asis, 2006 Greco, 2004). I residenti filippini sono al 31/12/2016, 166.459 e costituiscono il 3,4 % del totale di cui il 56,8% è rappresentato da donne (Fonte Istat, 31/ 12/ 2016).⁴³⁹

Le Filippine, infatti, hanno una radicata e considerevole tradizione di emigrazione e sono considerate a riguardo il più grande paese di emigrazione (Tyner, 1999; Greco 2004).

Le donne di questa nazionalità sono fra le “pioniere” in Italia. I primi significativi arrivi, infatti, risalgono alla metà degli anni '70 ed erano rappresentati da giovani donne, con elevati titoli di studio, impiegate nell'ambito della collaborazione domestica a tempo pieno, che arrivavano in Italia, sovente, grazie all'intermediazione della chiesa. Le motivazioni della partenza si ricollegano, così, nell'ambito di strategie familiari, a necessità economiche o alla ricerca di

⁴³⁸ Si rimanda a riguardo al Cap. II, paragrafo 2.3.

⁴³⁹ Si rimanda alla Tabella 65 allegata in Appendice.

alternative di vita plausibili, per maggiori guadagni all' estero (Banfi, 2009: 199; Greco, 2004)⁴⁴⁰

Gli arrivi irregolari, invece, inizialmente si ricollegano al ruolo delle agenzie che fin dagli anni settanta, spesso dietro le false spoglie di "agenzie turistiche" procuravano l'ingresso illegale in Italia o attraverso visti turistici, con la promessa iniziale di lavori qualificati (Greco, 2004). Le donne filippine sono giunte in Italia con visti turistici di breve durata o in maniera clandestina via terra (passando per Svizzera e Jugoslavia) o via mare (Albania, Malta, Spagna) soprattutto nel periodo fra il 1981 e il 1990, per diminuire successivamente con l'aumento degli ingressi per chiamata nominativa (Caponio, 2009). L'irregolarità sembra caratterizzare in misura prelevante la situazione delle prime migranti, mentre per chi arriva per chiamata nominativa o ricongiungimento, vi è una maggiore regolarità per il soggiorno (Caponio, 2009).⁴⁴¹

Le donne assolvono, dunque, in questo flusso migratorio un ruolo centrale costituendo nel tempo una rete particolarmente efficiente, che ha consentito loro di superare l'isolamento di rivendicare diritti negati ed ha assunto, sempre più, i caratteri della trans-nazionalità richiamando, poi, anche gli uomini. La presenza maschile è aumentata negli anni ottanta e soprattutto nel corso degli anni novanta, caratterizzati dall' aumento dei ricongiungimenti familiari. Gli uomini, si sono inseriti in prevalenza "per necessità", nel settore dei servizi ed in ambito domestico, con ruoli differenti rispetto alle donne, quali autisti, cuochi o giardinieri, più tardi anche come "badanti".

Nel tempo sono aumentati i nuclei familiari e più recentemente vi è una presenza rilevante di seconde generazioni e vi sono segnali anche della formazione di una terza generazione. Negli anni la presenza filippina, così, ha assunto i caratteri di stanzialità e familiarizzazione e mostra stabilità in termini di ingressi (Caponio 2009; Zanfrini, Asus, 2006).

Nel corso del tempo, inoltre, sono mutate le modalità di inserimento lavorativo, abitativo o le forme associative. I percorsi abitativi sono attualmente più autonomi rispetto al passato quando la coabitazione con il datore di lavoro rappresentava la

⁴⁴⁰ Banfi ha condotto uno studio sulle famiglie transnazionali in tre diversi gruppi nazionali, ovvero di donne filippine, ucraine e polacche (Banfi, 2009).

⁴⁴¹ Caponio, in particolare ha preso in considerazione i tratti comuni ed i fattori di differenziazione nelle traiettorie di integrazione di immigrate di diversa nazionalità: filippine, marocchine e rumene (Caponio, 2009).

situazione più diffusa. Per immigrati di questa nazionalità i percorsi di accesso abitativo sono strettamente intrecciati a quelli lavorativi. Attualmente, in relazione allo stabilizzarsi della presenza in Italia, gli immigrati possano adottare diverse soluzioni e ricorrono, sovente, a una duplice strategia: la coabitazione con il datore di lavoro ed al contempo con i propri connazionali. Coloro che lavorano come collaboratori domestici a ore, dividono le spese con altri immigrati, impiegati a tempo pieno, per pagare meno. Le immigrate che coabitano con i datori di lavoro, così, possono usufruire di uno spazio dove potersi recare nei giorni libero da lavoro. Fra coloro che hanno un'abitazione in affitto, poi, vi è sovente una situazione di co-residenza con altre famiglie di connazionali. I percorsi abitativi, in ogni caso, hanno una dimensione transnazionale, come ha evidenziato (Caponio, 2009), in quanto la maggioranza delle donne filippine, con le rimesse, costruisce in patria una abitazione, ove prospetta di tornare, una volta in pensione.

L'associazionismo svolge, inoltre, fra immigrati di questa nazionalità una considerevole importanza ed è divenuto nel tempo più numeroso e differenziato anche in base alle appartenenze regionali, religiose e linguistiche.⁴⁴²

Agli inizi del duemila, immigrati di questa nazionalità, anche a seguito di rivendicazioni sindacali degli anni precedenti,⁴⁴³ sono ben inseriti da un punto di vista economico e lavorativo ed hanno un ruolo privilegiato nel settore della collaborazione domestica grazie all'efficienza dei network per il reperimento del lavoro, ma anche ad una rappresentazione sociale positiva, uno stereotipo che li

⁴⁴² Nella città di Napoli l'associazionismo ha assolto fin dagli anni settanta, un ruolo particolarmente significativo. E' emblematico inoltre, come la prima associazione di donne filippine, nella città, sia stata costituita in seguito al suicidio di una giovane connazionale, Bessie che, incinta, viveva una situazione di forte segregazione occupazionale e isolamento, caratterizzata dall'assenza di riconoscimento dei diritti in ambito lavorativo. Le associazioni, sono ad oggi, per lo più monoetniche, articolate soprattutto su base religiosa e poco rivendicative da un punto di vista politico (Greco, 2004). Gli eventi festivi organizzati nel loro ambito, possono essere considerati un indicatore d'integrazione di duplice interpretazione. Attualmente le maggiori possibilità di riproporli si ricollegano, infatti, ad un accresciuto benessere degli immigrati e ad una migliore organizzazione dei gruppi. Ad essi, tuttavia, di rado prendano parte italiani o persone di altra provenienza il che è indicativo del fatto che il network sociale in cui sono inseriti migranti di questa nazionalità sia rappresentato, per lo più, dai propri connazionali (Greco, 2004).

⁴⁴³ Alla fine degli anni settanta e agli inizi degli anni ottanta le immigrate filippine, a Napoli come in altri contesti italiani, hanno intentato alcune cause di lavoro con l'ausilio del sindacato cattolico dell'Apicolf, rivendicando i diritti negati in ambito occupazionale. Nella città di Napoli, in particolare, fra le donne che hanno fatto causa al proprio datore di lavoro vi è stata la prima presidente dell'associazione filippina di Napoli, Yolie Cabaroc. (Greco, 2004).

identifica quasi come i domestici per eccellenza, “onesti, laboriosi, efficienti”, impiegati per lo più per un ceto medio alto (Greco, 2004).

E' stato riscontrato, inoltre, che le donne filippine possono avere anche i legami più solidi con i datori di lavoro rispetto a immigrate di altra nazionalità (Caponio, 2009)

Molte sono, tuttavia, le problematiche irrisolte e le questioni rimaste aperte, che si ricollegano per lo più a barriere e forme di discriminazione istituzionali o messe in atto nel quotidiano in ambito lavorativo, abitativo, in riferimento alla regolarità del soggiorno o ai diritti di cittadinanza. Fra queste il mancato riconoscimento dei titoli di studio conseguiti in patria. Le possibilità di mobilità occupazionali consentono ad immigrati di questa nazionalità di passare, infatti per lo più dal lavoro domestico a tempo pieno a quello ad ore. Norme, barriere legali, così, assieme alle politiche migratorie ed al ruolo svolto dalle reti comunitarie, seppure garantiscano la regolarità degli immigrati filippini, li incatenano in prevalenza in un settore occupazionale, che rappresenta, pertanto, una scelta legata alla necessità, una sorta di “settore rifugio” (Greco, 2004).

E' difficile, così, poter parlare d' “integrazione” degli immigrati filippini se non in riferimento alla loro situazione economica e lavorativa (Greco, 2004).

E' diffusa, poi, negli ultimi anni la percezione di un peggioramento delle condizioni lavorative collegate alla crisi economica e ad una maggiore concorrenzialità sul mercato del lavoro di altre nazionalità. Difficoltà che si ripercuotono soprattutto sulle condizioni lavorative degli uomini.

Quella filippina, inoltre, rappresenta a Napoli, come in altri contesti italiani un'immigrazione poco “visibile” da un punto di vista sociale, “silente”. Ciò in relazione alle modalità di inserimento lavorativo, ai bassi livelli di criminalità, al fatto che immigrati di questa nazionalità non ricreano quartieri “etnicamente connotati” perché di rado sono impegnati nell'ambito del lavoro autonomo. Gli immigrati filippini, inoltre si appoggiano in parte ad organizzazioni religiose ed alle reti costituite dai propri connazionali e la vita sociale si svolge, in alcuni contesti come nella città di Napoli, in prevalenza nell'ambito delle sedi associative.

Le reti “etniche”, al contempo “risorsa e vincolo”, anche se hanno consentito loro di giungere ad una posizione privilegiata in ambito occupazionale non hanno

facilitato l'interazione con gli italiani. Immigrati di questa nazionalità, infatti, restano per lo più fra loro.

Per le donne filippine si può parlare, inoltre, come ha ribadito Caponio, di un inserimento comunitario e transnazionale (Caponio, 2009: 106). Le immigrate, infatti, adottano sovente strategie transnazionali in ambito abitativo, in riferimento alla maternità, mentre la situazione di regolarità diffusa per il soggiorno, consente loro di potersi recare periodicamente nel paese di origine (Caponio, 2009)

La maternità, fra donne di questa nazionalità, infatti, resta legata a pratiche e dinamiche transnazionali e sovente dalle interviste raccolte emerge la drammaticità della separazione dei figli. Ciò si ricollega a svariate ragioni: a questioni economiche, alle difficoltà di conciliare i tempi ed i ritmi di lavoro con la cura dei figli, all'assenza di una rete familiare di supporto, come alla carenza di idonee misure e strutture di sostegno alla maternità. Le madri per le condizioni occupazionali nel contesto migratorio e l'assenza di una rete di sostegno sono spesso costrette a lasciare in patria i bambini, anche molto piccoli, per rivederli, solo dopo molti anni, magari a seguito della regolarizzazione della loro posizione. La partenza delle donne e delle madri, che influisce anche nell'ambito dei ruoli di genere, può essere vissuta quale gesto di amore incondizionato ma implica la negazione del vissuto quotidiano della maternità. Le immigrate, così alle volte, crescono i figli dei loro datori di lavoro, mentre i propri sono affidati alle cure dei familiari nel paese di origine, situazione che in passato era aggravata dal fatto che i mezzi di comunicazione non consentivano un rapporto ed una relazione costante come avviene oggi. Ca. ad esempio ricorda che al rientro nelle Filippine dopo qualche anno la figlia *“non la riconosceva”* e *“si nascondeva dietro la nonna”*.

I bambini nati in Italia, inoltre, possono essere accompagnati nelle Filippine, magari al termine dello svezzamento o dopo qualche anno.⁴⁴⁴

Attualmente, in ogni caso, con una maggiore stabilizzazione sul territorio vi sono più possibilità, rispetto ad un tempo, di tenere con sé i figli, nella propria abitazione o facendo ricorso all'ausilio della rete familiare sul territorio, a baby-sitter italiane o ad una sorta di “nidi informali” (come quello organizzato a prezzi modici, da una donna italiana ai Quartieri Spagnoli di Napoli).

⁴⁴⁴ Le madri così devono aiutare i bambini nati e vissuti in Italia a riabituarsi ad un altro clima e a diverse abitudini alimentari.

Molte sono, poi, le vicende delle immigrate filippine che hanno trascorso in Italia gran parte della loro vita, sacrificando, per sostenere economicamente i propri familiari nel paese di origine, la vita privata e la maternità.

Fra i diversi contesti locali, tuttavia, come nel caso di Napoli e Pisa, possono esservi delle differenze.⁴⁴⁵

9.2 La presenza ucraina: il ruolo delle donne e i segnali di mutamento

La presenza ucraina è considerevolmente più recente rispetto a quella filippina ed è prevalentemente femminile.

Al 31 dicembre 2016 i residenti ucraini in Italia sono in totale 234354 e rappresentano il 4,8% dei residenti stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria collocandosi al quinto posto fra le collettività più numerose (Fonte Istat, 31/ 12/ 2016).⁴⁴⁶

I primi arrivi di immigrate di questa nazionalità risalgono alla metà degli anni novanta e si ricollegano alla crisi economica che ha colpito il paese in seguito alla dissoluzione dei regimi sovietici. Con la caduta del muro di Berlino i movimenti di popolazione da paesi dell'Europa dell'Est sono aumentati in maniera consistente (Frejka, 1996; Okolski, 1998) e nel 1993 l'apertura delle frontiere ha consentito ai cittadini di migrare (Banfi, 2009: 198).⁴⁴⁷

La storia dell'Ucraina è estremamente drammatica dopo il crollo dell'Unione sovietica, analogamente ai paesi della stessa area, in quanto l'introduzione della economia di mercato, ha influito considerevolmente sui percorsi di vita e familiari dei cittadini, causando inflazione, salari ridotti, innalzamento del costo della vita, privatizzazioni e perdita dei posti di lavoro. Le partenze da questo paese pertanto rappresentano una risposta alla crisi economica, come si evince anche dalle interviste condotte alle immigrate nel corso di questa ricerca. Tali flussi migratori, a differenza di quelli di altri paesi dell'Europa dell'Est (come la Polonia), hanno

⁴⁴⁵ Si rimanda al Paragrafo 9.3.

⁴⁴⁶ Si rimanda alla Tabella 65 allegata in Appendice.

⁴⁴⁷ Alcune indagini hanno evidenziato come nel tempo le migrazioni temporanee verso i paesi dell'Est sono state gradualmente sostituite da altre di lungo periodo dirette verso i paesi dell'Europa Occidentale (Pirozhkov Malinovskaya, Homra, 2003; Malinowska, 2004) ed soprattutto meridionale (Bonifazi, Conti, Strozza, 2016:183).

assunto, secondo alcuni studi, i caratteri di un vero proprio esodo di massa (Banfi, 2009: 199)

In Italia, in ogni caso, è dopo la regolarizzazione del 2002 attuata dalla cosiddetta legge Bossi-Fini che la presenza di immigrate di questa nazionalità diviene visibile ed estremamente consistente sul territorio. La collettività ucraina sul territorio nazionale, inoltre, si caratterizza per un forte squilibrio di genere poiché le donne rappresentano il 78,4 % del totale dei residenti di questa nazionalità (Fonte Istat, al 31/12/2016).⁴⁴⁸ Una indagine del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha riscontrato come le immigrate di questa nazionalità siano rappresentate, in gran parte, da lavoratrici, con elevati titoli di studio e costituiscano, pertanto, un “capitale umano particolarmente ricco” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014), sebbene siano inserite in prevalenza nell’ambito della collaborazione domestica e dell’assistenza e cura agli anziani, quali “badanti” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014; Banfi, 2009: 199).

Le donne ucraine arrivate negli ultimi venti anni, analogamente ad altri flussi dell’Europa dell’Est, in media, non sono più giovani, sono per la maggiore parte sposate ed hanno lasciato sovente i figli nel paese di origine, salvo poi ricongiungersi successivamente. (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016: 262). L’età media delle immigrate di questa nazionalità, risulta particolarmente elevata, ovvero di quasi quarantasei anni e vi è una prevalenza di donne di età compresa fra il 45 ed i 60 anni (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016: 262)

In ambito lavorativo la presenza ucraina si è affiancata a quella di immigrate tradizionalmente impiegate, nel contesto italiano, nell’ambito dei servizi alle famiglie, come le filippine, ma con caratteristiche differenti. Secondo alcuni studi, infatti, esse si sono inserite in “nuove nicchie” del mercato del lavoro, in maniera non concorrenziale o sostitutiva (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 300). Si sarebbero create, piuttosto, nuove “specializzazioni etniche”, con un ampliamento della base della piramide occupazionale, conseguente anche ad un incremento della domanda nel settore dei servizi alle famiglie. Questa è oramai rappresentata infatti, non più soltanto da attività in ambito domestico o di baby-sitter, ma anche

⁴⁴⁸ Si rimanda alla Tabella 65 allegata in Appendice.

di assistenza agli anziani e coinvolge, inoltre, le famiglie economicamente meno agiate (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 300).⁴⁴⁹

Fra immigrate di questa nazionalità è stata riscontrata una scarsa mobilità occupazionale (Spanò, Zaccaria, 2003)

Per Spanò e Zaccaria (2003) è possibile individuare quattro diverse traiettorie in termini di mobilità occupazionale, che si collocano lungo un continuum:⁴⁵⁰ quella delle collaboratrici domestiche residenziali, ad ore, delle lavoratrici che sposano un italiano e quella più rara di coloro che invece riescono a collocarsi in un altro ambito occupazionale. Secondo le ricercatrici la prima traiettoria, quella più statica, è rappresentata da coloro che intraprendono il percorso migratorio in età più matura separandosi dai propri familiari, sovente, dal marito e dai figli. L'ancoraggio emotivo di questa donne, in tal caso, è nel paese di origine ed i progetti volti al rientro in patria, farebbero sì che vivano la migrazione come una esperienza temporanea e non siano interessate ad una maggiore integrazione. La seconda traiettoria, invece, è propria di coloro che lavorano ad ore o non coabitano con il proprio datore di lavoro e possono godere, pertanto, di una maggiore autonomia. Tale passaggio, in ogni caso, non necessariamente corrisponde ad un miglioramento delle condizioni economiche, se non a ritmi lavorativi estremamente intensi, come evidenziano le studiose. La terza traiettoria fa riferimento alle donne che sposano un italiano e che possono, pertanto, ritirarsi temporaneamente dall'attività occupazionale per poter badare alla famiglia ed ai figli, per poi tornare, nuovamente a lavorare part time. L'ultima traiettoria individuata da Spanò e Zaccaria, che corrisponde anche a quella meno diffusa, è rappresentata, infine, dalle immigrate che hanno intrapreso forme di mobilità occupazionale, trovando lavoro, più frequentemente, in attività che rientrano nei servizi (bariste, cameriere d'albergo, ristoranti), al nero, mal retribuite oppure, più raramente, nell'ambito del sociale, quali mediatrici inter – culturali o operatrici (Spanò Zaccaria, 2003: 19 – 22).

⁴⁴⁹ Tale fenomeno sarebbe da ricollegare alla crisi del “welfare familistico all’ italiana” (Sgritta, 2009) in conseguenza della quale il ruolo delle immigrate sarebbe divenuto fondamentale (Ambrosini, 2011). Alcuni studi hanno evidenziato come le donne della cosiddetta “sandwich generation” strette fra i figli ed i genitori ed inserite nel mercato del lavoro così hanno trovato un ausilio nel lavoro di donne provenienti da altri paesi (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 300)

⁴⁵⁰ La ricerca di Spanò, Zaccaria ha focalizzato l'attenzione sulle condizioni di mobilità occupazionale a Napoli di donne ucraine e polacche (Spano, Zaccaria, 2003)

Vianello, invece, distingue in riferimento alle immigrate ucraine in Italia, tre profili che sono rappresentati dalle migranti “in transito”, da quelle “permanenti” e da quelle “sospese” (Vianello, 2009: 137 – 161). Si tratta di tipologie che, evidenzia la ricercatrice, non esauriscono lo spettro delle esperienze possibili”, anche perché le donne possono, nel loro percorso migratorio, attraversare tutte queste condizioni. Esse, piuttosto, aiutano a comprendere le situazioni delle immigrate e rappresentano un punto di partenza e di riflessione per le analisi delle diverse situazioni. Le migranti in transito, per Vianello, sono quelle che, sovente in situazioni di irregolarità, concepiscono la migrazione in maniera temporanea, nell’ambito di progetti a breve termine, mentre il “mito” del rientro nel paese di origine orienta la condizione, i consumi, i comportamenti nel contesto migratorio. Si tratta, per la maggior parte, di donne dall’età compresa fra i quaranta ed i sessanta anni, alle volte separate o vedove, che possono aver lasciato nel paese di origine figli e nipoti e restano imbrigliate soprattutto nelle attività “notte giorno”, quali badanti (un profilo dunque analogo alla prima traiettoria delineata da Spanò, Zaccaria). I progetti migratori, tuttavia, il più delle volte si prolungano più di quanto previsto inizialmente per le condizioni di marginalità e precarietà in cui versano (Spanò, Zaccaria, 2003), mentre i network sociali sono, in tal caso, rappresentati soprattutto dalle connazionali, che possono incontrare nei giorni liberi dall’attività lavorativa.⁴⁵¹ Le migranti “permanenti”, invece, sono coloro che sperimentano forme di mobilità occupazionale passando ad attività ad “ore” ed eludono “i vincoli di lealtà familiare e comunitaria” per intraprendere, nel contesto di accoglienza, “una nuova esistenza”. Queste donne così, ridefiniscono i loro progetti migratori, programmando una permanenza più stabile in Italia, a lungo o medio termine, seppure volta al rientro in patria. Non rinunciano, tuttavia, completamente al loro benessere nel contesto migratorio e fra loro possono esservi le donne che si sono fatte raggiungere dai figli in Italia. In questo caso, inoltre, le rimesse inviate nel paese di origine possono ridursi considerevolmente, mentre il lavoro ad ore, abitazioni autonome, anche se condivise con altre

⁴⁵¹ Vianello individua, per altro, il ruolo della chiesa greco ortodossa, che rappresenta un importante nodo della rete migratoria transnazionale, in quanto prova ad influenzare le migranti a mantenere e preservare l’iniziale progetto migratorio, a non trasgredire le norme sociali, rispettando le loro responsabilità familiari (Vianello, 2009: 144). Per la ricercatrice, infatti, la partenza avviene, spesso, in una dinamica familiare, ma sono diffusi, fra immigrate di questa nazionalità, due stereotipi “le brave donne” che attendono, nei contesti migratori, ai loro ruoli familiari e le “cattive ragazze” (Vianello, 2009: 145).

connazionali fanno sì che i percorsi di vita siano segnati dalla riacquisizione dell'autonomia, della ricostruzione identitaria, da una rete sociale allargata e rappresentata alle volte da poche connazionali. L'apprendimento della lingua italiana può, poi, essere considerata una preconditione di una maggiore integrazione ed autonomia.

L'ultima categoria, considerata da Vianello, quella delle migranti "sospese" fa riferimento a coloro che hanno interrotto la loro esperienza migratoria per far rientro nel paese di origine, poiché i figli si sono emancipati e riescono a farsi carico delle loro esigenze, o perché hanno accumulato quanto era necessario per realizzare i loro progetti nel paese di origine. Il rientro in patria, in ogni caso, non è semplice e può accadere che sia seguito dalla decisione di partire nuovamente. (Vianello, 2009: 137 – 161).

Le indagini più recenti sulla presenza ucraina in Italia, in ogni caso, hanno messo in rilievo dei segnali di cambiamento, evidenziando rispetto al passato un quadro migratorio complesso e stratificato (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016). Tali studi hanno rilevato, infatti, come dietro un'apparente staticità vi siano stati nell'arco di venti anni, considerevoli mutamenti che hanno riguardato la durata dei percorsi migratori, le motivazioni della presenza, l'arrivo di donne più giovani. Negli anni, inoltre, sono aumentate le seconde generazioni ed attualmente iniziano ad intravedersi dei segnali di maggiore mobilità occupazionale (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016).

I flussi migratori dall'Europa dell'Est e dall'Ucraina infatti, sono stati caratterizzati da diverse ondate migratorie.

Secondo i primi studi la presenza di donne ucraine era caratterizzata da progetti di breve durata e poteva avere, pertanto, i caratteri di una migrazione temporanea. Attualmente, tuttavia, è stato evidenziato come abbia assunto, invece, i caratteri di una maggiore stabilizzazione, come si evince anche da un aumento del numero di permessi di soggiorno di lungo periodo (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016: 262).⁴⁵²

⁴⁵² Conti Bonifazi Strozza hanno preso in considerazione attraverso una analisi degli archivi amministrativi, longitudinale, due coorti di donne giunte in Italia dall'Europa dell'Est ovvero quelle che si erano regolarizzate nel 2003 e quelle entrate in Italia nel 2007 (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016: 273). Hanno così evidenziato come le donne arrivate con progetti migratori di breve durata, regolari nel 2003, 2004 risiedevano ancora in Italia nel 2013. Erano così presenti sul territorio da circa dieci anni (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016: 273).

Essa, in ogni caso, si caratterizza per una elevata mobilità sul territorio nazionale; le lavoratrici si spostano, in prevalenza, da Sud al Nord Italia.⁴⁵³

Le principali motivazioni della partenza delle donne ucraine, inoltre, analogamente a quella delle filippine, è legata al lavoro, come si evince da un'analisi dei permessi di soggiorno. Dal 2014, tuttavia, per l'Ucraina, analogamente ad altre nazionalità i nuovi ingressi sono ricollegati, in prevalenza, a motivi di famiglia, in seguito alla decisione a livello politico di contenere i flussi migratori per lavoro, dal 2011. Negli anni della crisi i flussi migratori dall'Ucraina sono continuati ad aumentare, ma la motivazione di soggiorno più rilevante è stata rappresentata dai ricongiungimenti, che hanno riguardato, spesso, figli già adulti (Conti, Bonifazi, Strozza, 2016: 279; Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016). La quota di nati nell'ambito di tale comunità non è invece consistente (Istat, 2015).⁴⁵⁴ A causa della crisi politica ucraina inoltre, dal 2014 sono aumentati gli ingressi di persone richiedenti protezione internazionale (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 316).

Le indagini più recenti, poi, hanno messo in evidenza come le possibilità di mobilità occupazionale delle immigrate di questa nazionalità siano in aumento poiché vi sono donne, che iniziano ad inserirsi in ambiti differenti da quello domestico o dell'assistenza. Queste ricerche hanno riscontrato, infatti, come le immigrate di più giovane età siano più propense a cercare forme di mobilità occupazionale, ovvero che con il diminuire dell'età la propensione a svolgere attività di colf e badanti sia minore (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 309). Le nuove generazioni, così, “sembrano” distanziarsi dal modello tradizionale di inserimento occupazionale delle donne più anziane.⁴⁵⁵ Fra le immigrate più

⁴⁵³ In base alla indagine condotta da Conti Bonifazi e Strozza (2016) fenomeni di mobilità sul territorio hanno riguardato il 57% delle donne che si erano regolarizzate nel 2003. Queste avrebbero infatti regolarizzato la loro posizione in territori dove ciò era più semplice, come le regioni del Sud Italia per decidere poi, di spostarsi dove le possibilità occupazionali e di integrazione erano maggiori. Minori invece sono i livelli riscontrati di mobilità dal nord, nord ovest del paese. Fra coloro che hanno un permesso di soggiorno di lungo periodo, inoltre, vi è la tendenza a spostarsi meno, mentre le donne nubili tendono a cambiare località di residenza e lavoro più facilmente rispetto a quelle coniugate (Conti Bonifazi Strozza, 2016: 277).

⁴⁵⁴ Si rimanda per approfondimenti a riguardo al Report “Natalità e fecondità della popolazione residente, Istat, 2015, sito ISTAT www.istat.it/it/archivio/174864

⁴⁵⁵ Da questi studi emerge come anche il motivo del permesso di soggiorno può ricollegarsi alla propensione a svolgere attività diverse da quelle in cui sono comunemente inserite le ucraine. Coloro che hanno un motivo di soggiorno di lungo - periodo sembrano, infatti, meno interessate a svolgere altre attività rispetto alle donne che hanno un permesso per motivi familiari (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 312). Fra le immigrate giunte da poco in Italia (per i nuovi ingressi) tuttavia, non sono state riscontrate forme di lavoro dipendente, così si può ritenere che un

giovani o fra coloro che hanno familiari sul territorio vi è, inoltre, una minore disponibilità a svolgere attività in co - residenza con il datore di lavoro (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 315).

9.3 - Flussi migratori a confronto nei contesti di indagine

E' possibile riscontrare numerose analogie, ma anche considerevoli differenze, fra i due flussi migratori di donne ucraine e filippine, oltre a quelle inerenti il radicamento sul contesto italiano e le specificità dell'inserimento occupazionale.

I progetti migratori, ad esempio, si differenziano, in genere, in termini di temporaneità, poiché fra le donne dell'Est sono più frequenti quelli temporanei, di breve periodo, sebbene questi siano, poi, protratti nel tempo. Fra immigrate filippine, invece, il progetto migratorio si presenta il più delle volte familiare e la donna rappresenta l'apripista per poi far arrivare anche il marito e successivamente i figli (Banfi, 2009: 202). La presenza filippina in Italia, inoltre, che era in origine soprattutto "femminile", nel tempo, con una maggiore stabilizzazione, pur essendo costituita da una prevalenza di donne, si è riequilibrata in termini di genere, grazie ai ricongiungimenti familiari e agli arrivi degli uomini.

La partenza, poi, sia fra le immigrate filippine che fra quelle ucraine, rientra sovente, in strategie familiari volte a supportare economicamente coloro che sono rimasti in patria, per sostenere le spese dell'istruzione scolastica o sanitaria non garantite dai sistemi di welfare, i consumi, o per comprare una casa (Banfi, 2009: 199).

Offrire maggiori possibilità ai figli rappresenta una delle motivazioni principali per cui le donne di entrambi i paesi possono decidere di partire (Banfi, 2009: 199). Le separazioni con i propri figli e un vissuto di maternità transnazionale segnano, così, anche solo temporaneamente, le vicende delle immigrate di questa nazionalità, come si evince anche dalle interviste, sebbene vi siano in tal senso

affrancamento dall'attività di colf e badante rappresenti un percorso che richiede tempo (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016: 312)

delle differenze.⁴⁵⁶ Le donne ucraine, infatti, che hanno una età media più elevata, partono lasciando nel paese di origine i figli, spesso, già grandi (Banfi, 2009: 199). Alcune delle immigrate intervistate che, invece, si sono separate da bambini più piccoli, una volta che hanno regolarizzato la loro posizione, si sono successivamente ricongiunte ad essi, facendoli arrivare in Italia, come nel caso di L. o Ok. a Napoli.

Le donne filippine, invece, sono mediamente più giovani e possono lasciare nei paesi di origine bambini anche molto piccoli (Banfi, 2009: 200), affidandoli alle cure di madri e sorelle. Alle volte anche quando i figli nascono in Italia, dopo un primo periodo sono poi mandati nelle Filippine.

La maternità in questi casi può essere una esperienza estremamente dolorosa.⁴⁵⁷

Con una maggiore stabilizzazione, in ogni caso, la presenza filippina ha assunto sempre più nel tempo una dimensione familiare e sono state più di recente ricreate, in parte, anche quelle reti familiari o comunitarie volte anche al sostegno, all'ausilio in gravidanza, alla cura dei bambini oppure sono state ricercate soluzioni per poter vivere la maternità senza essere costretti necessariamente, come avveniva nei primi tempi, a separarsi dai propri bambini (Greco, 2004).⁴⁵⁸

I network comunitari fra la collettività ucraina e quella filippina hanno caratteristiche differenti, come è stato possibile riscontrare in entrambi i contesti di indagine e come si evince da precedenti ricerche (Vianello, 2010; Banfi, 2009). In entrambi i gruppi, infatti, le reti femminili assolvono un ruolo fondamentale per la diffusione di informazioni, il reperimento del lavoro, il sostegno e l'ausilio, anche in ambito sanitario o per la maternità.

⁴⁵⁶ Numerosi studi hanno focalizzato l'attenzione sulle caratteristiche della maternità transnazionale rilevando come essa implichi la rinegoziazione e la legittimazione del proprio ruolo a distanza (Hauandengo - Sotelo, Avila, 1997; Parrenas, 2001; Hauandengo - Sotelo, 2001; Erel, 2002; Keough, 2006), soffermandosi sulle conseguenze della separazione sui figli (Zhou, 1997; Orellana et al., 2001) o sui rapporti coniugali e la ridefinizione dei ruoli di genere (Landolt, 2001; Mahler, 2001; Pribilski, 2004; Manjivar, 2006). Alcune indagini hanno messo in rilievo gli effetti negativi del "care drain", ovvero il "drenaggio" di risorse di cura ed affettive dai paesi di partenza a quelli di arrivo (Hochschild 2000; Ehrenrich Hochschild, 2002).

⁴⁵⁷ Non ci si è proposti nel corso di questa ricerca di approfondire le modalità inerenti i vissuti e le problematiche della maternità trans-nazionale, su cui vi è un'ampia letteratura nazionale ed internazionale. Nei racconti nelle esperienze di gran parte delle madri intervistate, in ogni caso, tale dimensione è emersa inevitabilmente in tutta la sua drammaticità, sebbene possa essere stata una esperienza solo temporanea, precedente i ricongiungimenti familiari, successiva alla nascita dei propri bambini, o legata a eventi organizzativi e contingenti momentanei.

⁴⁵⁸ In una indagine svolta agli inizi del 2000 fra immigrati di questa nazionalità a Napoli, infatti, era emerso come il più delle volte, per la difficoltà di conciliare la maternità con il lavoro, le immigrate sovente mandavano nelle Filippine i bambini nati in Italia, lasciati così alle cure di madri, sorelle, oppure li affidavano alle cure di istituti religiosi del territorio (Greco, 2004).

Tali reti, fra le immigrate filippine, tuttavia, hanno una dimensione comunitaria. Essi sono, infatti, organizzati e strutturati nell'ambito dell'associazionismo, che svolge un ruolo fondamentale in termini di ausilio e supporto.⁴⁵⁹ Emblematico come quasi tutti gli immigrati della città a Napoli facciano riferimento a uno dei gruppi associativi cattolici o di religione protestante presenti sul territorio.

Fra immigrate ucraine, analogamente, i network di connazionali possono svolgere un ruolo significativo nel fornire loro informazioni e orientarle, anche ai servizi sanitari. Le reti comunitarie sembrerebbero, tuttavia, meno strutturate nell'ambito delle associazioni.⁴⁶⁰ Alcune indagini hanno, poi, rilevato una sorta di "monetarizzazione delle relazioni sociali" (Vianello, 2010; Mazzacurati, 2005).⁴⁶¹

A Pisa, come a Napoli è stato possibile riscontrare, analogamente a ricerche precedenti (Spanò Zaccaria, 2003; Vianello, 2009: 84), il fenomeno della compravendita delle attività occupazionali, legato ad una rete informale di "mediatrici connazionali" o caporali.⁴⁶² Secondo alcune indagini sono soprattutto le immigrate più vulnerabili, prive di una rete sociale rappresentata da amiche o parenti o di "legami sociali forti", ad avere più probabilità di incorrere in tale circostanza, legata alle attività delle "organizzazioni che si occupano" in maniera informale dell'"accoglienza" (Vianello, 2010; Spanò, Zaccaria, 2003).

Le immigrate ucraine inoltre, possono subaffittare alle proprie connazionali posti letto in caso di necessità.⁴⁶³

Le caratteristiche della presenza di queste due collettività, come è emerso nel corso della ricerca, inoltre, si differenziano nei due contesti di indagine

⁴⁵⁹ E' stato possibile riscontrare come le associazioni presenti nella città di Napoli fin dalla metà degli anni '70 svolgessero attività legate al sostegno e all'ausilio per il disbrigo di pratiche burocratiche, per l'apprendimento della lingua italiana, per orientare le immigrate, fornire loro informazioni ma anche supporto e aiuto psicologico così da consentire loro di superare le condizioni di isolamento nelle quali erano relegate da un punto di vista occupazionale (Greco, 2004).

⁴⁶⁰ Emblematico a riguardo il fatto che a Pisa non vi sia un'associazione ucraina.

⁴⁶¹ Vianello ha parlato a riguardo di tale pratica che è stata per altro riscontrata anche fra donne altri paesi dell'Europa dell'Est, rumene, moldave e polacche (D'ottavio 2005; Mazzacurati, 2005; Ponzo, 2005; Scrinzi, 2007). Essa non sarebbe propria, secondo Mazzacurati, solo ed esclusivamente del contesto migratorio ma diffusa anche nel paese di origine e legata all'indebolimento della "blat", ovvero del vecchio sistema di regolazione della reciprocità (Vianello, 2009: 85; Mazzacurati, 2005), sebbene sia soggetta a condanna sociale.

⁴⁶² Tali informazioni sono state fornite dalle immigrate nel corso di colloqui informali, al di fuori, dunque, delle registrazioni. E' stato riscontrato come un lavoro possa costare anche la metà del primo stipendio per arrivare fino a settecento euro.

⁴⁶³ A Pisa, ad esempio, un posto letto costa all'incirca sei o sette Euro al giorno.

considerati, sia da un punto di vista statistico che per alcune dinamiche inerenti la presenza sui territori.

Presso il comune di Pisa, infatti, i residenti di origine filippina sono 1.549 e si collocano al primo posto fra le collettività straniere, rappresentando il 13,3 % degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria. I residenti ucraini sono, invece, 629 e rappresentano il 5% del totale (collocandosi al sesto posto dopo Filippine, Albania, Romania, Bangladesh e Senegal) (Fonte Istat al 31/12/2016).⁴⁶⁴

Nella città di Napoli, invece, la collettività ucraina si colloca al secondo posto dopo quella srilankese, rappresentando il 15,5% del totale dei residenti stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (sono 8.430). I residenti filippini sono invece 1.933 e costituiscono circa il 3,5% del totale (collocandosi al sesto posto dopo srilankesi, ucraini, cinesi, rumeni e pakistani).⁴⁶⁵

Dai dati inerenti i permessi di soggiorno nelle due province al 1 gennaio 2016 si evince che fra gli immigrati ucraini le principali motivazioni del soggiorno sono legate al lavoro in entrambe le province, sebbene a Pisa, fra gli uomini, vi sia una prevalenza di permessi per motivi familiari (indicatore di un ricongiungimento al maschile). Fra immigrati filippini, invece, al primo gennaio 2016 a Pisa vi è una maggioranza di permessi di soggiorno legati a motivazioni di famiglia, mentre a Napoli sono prevalenti quelli di lavoro. Ciò è indicatore di una presenza dai caratteri più familiari nella città di Pisa. Nella città toscana, in particolare, fra gli uomini di questa nazionalità i motivi dei permessi di soggiorno sono legati principalmente ai ricongiungimenti, seppure questi siano numerosi anche fra le donne. A Napoli, invece, le motivazioni di soggiorno si ricollegano principalmente al lavoro sia fra gli uomini che fra le donne.⁴⁶⁶

⁴⁶⁴ Per approfondimenti si rimanda al Cap. VII e alla Tabella 33 allegata in Appendice.

⁴⁶⁵ Si rimanda al Cap. VI e alla Tabella 5 allegata in Appendice. Analizzando i dati inerenti i residenti stranieri nella città di Napoli si può riscontare come negli anni la collettività filippina sia diminuita in termini percentuali rispetto ad altre collettività. Ciò potrebbe ricollegarsi al fatto che le condizioni occupazionali negli anni della crisi siano peggiorate, soprattutto quelle maschili. I nuovi arrivi, pertanto, possono essere diminuiti anche in virtù del fatto che reti transnazionali veicolano le informazioni inerenti le possibilità occupazionali. E' possibile per altro che vi siano stati degli spostamenti in località italiane, dove è più facile trovare lavoro regolarmente anche per gli uomini, come si evince dalle interviste.

⁴⁶⁶ Si rimanda alla Tabella n. 67 Allegata in Appendice.

Vi è, inoltre, una quota considerevole in entrambi i contesti e per entrambe le collettività di permessi di lungo periodo, ad indicare la stabilizzazione delle comunità sui territori.⁴⁶⁷

Guardando indietro e considerando i permessi nel trend che va dal 2012 al 2014 si desume, infatti, un aumento della stabilizzazione sia fra immigrati ucraini che filippini, in entrambi i contesti di indagine (che corrisponde ad un incremento dei permessi di lungo periodo negli anni). Fra i permessi a termine della collettività ucraina, inoltre, si riscontra negli anni un aumento di quelli di famiglia, a cui ha corrisposto una diminuzione di quelli lavorativi che restano comunque prevalenti (Dati Istat - Trend 2012 – 2014, Elaborazione personalizzata).⁴⁶⁸

Considerando la quota di immigrati filippini a Napoli nel periodo dal 2012 al 2014 si evince come non vi sia stato negli anni un aumento considerevole dei permessi di soggiorno, che può essere indicatore di un arresto dei nuovi ingressi negli anni della crisi, a cui ha corrisposto un aumento della stabilizzazione sul territorio degli immigrati presenti (con l'aumento di permessi di lungo periodo)⁴⁶⁹

La collettività ucraina a Napoli, oltre ad essere molto più numerosa rispetto a Pisa è anche più radicata ed articolata. Nel capoluogo campano, infatti, sono presenti diverse associazioni, con scopi e caratteristiche differenziate, culturali o volte al disbrigo di pratiche burocratiche, una scuola di lingua ucraina per minori, supermarket gestiti da immigrati di questa nazionalità.⁴⁷⁰ A Pisa invece nel periodo della ricerca sul campo non vi erano associazioni ucraine

⁴⁶⁷ Si rimanda alla Tabella n. 67 Allegata in Appendice.

⁴⁶⁸ Si rimanda alle Tabelle allegate in Appendice da n. 68 a n. 73, inerenti il trend dei permessi di soggiorno delle principali nazionalità di immigrati, per il periodo 2012 – 2014, sia a Pisa che a Napoli.

⁴⁶⁹ Considerando il trend inerente i permessi di soggiorno dal 2012 al 2014 fra gli immigrati filippini nella provincia di Pisa è possibile rilevare una diminuzione dei permessi per motivi di lavoro nel corso dei tre anni considerati e un aumento di quelli per motivi di famiglia. Nella città le motivazioni legate a ricongiungimenti familiari sono prevalenti fra gli uomini dal 2013 (Dati Istat - Trend 2012 – 2014, Elaborazione personalizzata) Fra immigrati filippini nella provincia di Napoli, nei tre anni considerati, vi è una diminuzione dei permessi per lavoro mentre in riferimento a quelli di famiglia (aumentati nel corso dei tre anni) non vi è un aumento significativo fra il 2013 ed il 2014. In particolare per le donne, fra il 2013 e il 2014, si riscontra una diminuzione sia dei permessi per lavoro che di quelli di famiglia, mentre fra gli uomini aumentano lievemente quelli di famiglia mentre diminuiscono quelli di lavoro. Si rimanda alle Tabelle n. 68 a n. 73 allegate in Appendice. Considerando invece i dati al 2016 le motivazioni prevalenti dei permessi di soggiorno fra le donne restano in ogni caso quelle di lavoro per entrambe le collettività ed in entrambe le provincie (si rimanda alla Tabella n. 66 allegata in Appendice).

⁴⁷⁰ Bisogna, per altro, considerare che quella ucraina rappresenta la collettività straniera più numerosa a livello regionale ed anche provinciale. Per approfondimenti si rimanda al Cap VI.

formalizzate⁴⁷¹. Per le donne di questa nazionalità un luogo di incontro è il cosiddetto “giardino degli ucraini”, uno spazio verde ubicato presso una delle piazze della città, ove si ritrovano immigrati di diversa provenienza, Piazza Vittorio Emanuele II.⁴⁷² Qui le donne possono incontrarsi nei giorni liberi dal lavoro, la domenica o il giovedì pomeriggio, scambiarsi “informazioni”, parlare la loro lingua.⁴⁷³

La presenza filippina a Napoli rispetto alla città di Pisa è, analogamente a quella ucraina, più articolata e radicata, sebbene nel contesto pisano essa rappresenti quella più numerosa fra gli stranieri residenti. Gli immigrati filippini a Napoli, si riuniscono, infatti, in numerose associazioni, presenti sul territorio fin dalla fine degli anni settanta estremamente strutturate e che si differenziano fra loro anche per la provenienza di coloro che vi prendono parte, riproponendo l’eterogeneità territoriale dell’arcipelago (a cui possono corrispondere diverse lingue e dialetti). Le associazioni della città, nelle quali si svolge gran parte della vita comunitaria, possono organizzare corsi di lingua, di computer o numerosi eventi religiosi e festivi, che consentono agli immigrati di rivivere e “reinventare” le tradizioni del paese di origine e alle seconde generazioni di familiarizzare con esse.⁴⁷⁴ Le associazioni nella città di Pisa, invece, sono meno strutturate rispetto a quelle napoletane. Emblematico come l’associazione cattolica sia stata fondata nel 2006 ed è volta all’organizzazione soprattutto di eventi religiosi. Le messe domenicali in lingua tagalog, che rappresentano per i cattolici uno dei momenti di incontro comunitario, si svolgono, tuttavia, solo ogni due settimane a differenza di

⁴⁷¹ Dalle interviste agli informatori privilegiati è emerso come vi fosse in passato un’associazione ucraina, che faceva riferimento al Centro Nord Sud, presso la sede provinciale della città, ma poi si è disgregata. A Pisa gran parte delle associazioni e delle attività inerenti l’immigrazione erano gestite dal Centro Nord Sud, ove era stato realizzato un osservatorio sociale. Con la chiusura delle Province, tuttavia, anche tale Centro ed il suo Osservatorio sono stati chiusi.

⁴⁷² Piazza Vittorio Emanuele rappresenta, in particolare, un luogo di incontro e ritrovo anche per gli immigrati filippini e di altre nazionalità. Significativa, in tal caso, è la divisione e l’organizzazione spaziale della piazza da parte degli immigrati di diversa provenienza. Ai piedi della statua centrale in genere si riuniscono immigrati di origine africana, mentre sulle panchine, ampie e circolari, si incontrano le donne provenienti dalla Georgia, dalla Romania o altri paesi dell’Europa dell’Est. Ogni gruppo, così, ha un suo spazio ben definito.

⁴⁷³ Fra gli altri luoghi di incontro delle donne di questa nazionalità vi sono il parcheggio in cui arrivano i pullman da e per l’Ucraina e una chiesa greco ortodossa. Nella città, inoltre, è presente un supermarket che vende prodotti alimentari tipici dai paesi dell’Europa dell’Est, ma è gestito da una donna che non è di nazionalità ucraina.

⁴⁷⁴ A Napoli i momenti di vita comunitaria sono organizzati in ambito associativo, come gli eventi festivi, che rappresentano momenti di rivendicazione identitaria, occasioni per rinsaldare la coesione comunitaria, ai quali vi è una grande adesione a differenza di quanto avviene a Pisa (Greco, 2004).

quanto avviene a Napoli. Uno dei luoghi di incontro, inoltre, così come per le donne ucraine, è rappresentato da Piazza Vittorio Emanuele II dove, nei giorni festivi, i gruppi di immigrati filippini con le loro famiglie, possono trattenersi fino a sera e cenare anche assieme.

Una ulteriore differenza fra i due flussi migratori attiene ai percorsi di accesso ai servizi in ambito sanitario.

9.3.1 - I comportamenti sanitari delle donne ucraine e filippine: un'analisi delle statistiche

E' stato possibile riscontrare a partire da un'analisi delle statistiche prese in considerazione nei precedenti capitoli, inerenti i contesti di Pisa e Napoli, differenti comportamenti in ambito sanitario fra le donne di origine filippina e ucraina in riferimento alla salute femminile e riproduttiva.

Le donne provenienti dall'Ucraina, infatti, si rivolgono ai servizi ed ai consultori, in misura maggiore rispetto alle immigrate filippine.

Dai dati relativi agli screening dei consultori dell'ASL Napoli 1, ad esempio, si evince come rappresentino l'utenza più numerosa. Le immigrate ucraine che accedono ai consultori della città di Napoli per gli screening, infatti, rappresentano il 33,7% (ponendosi al primo posto fra gli accessi di donne straniere).⁴⁷⁵ Ciò rispecchia la considerevole presenza di donne di questa nazionalità nella città, che sono le più numerose anche fra le "assistite" dall' ASL Napoli 1 (dati SASCI, 2015), sia regolari che irregolari (in possesso di tessera STP).⁴⁷⁶ Le immigrate filippine, invece si rivolgono ai consultori della città, in

⁴⁷⁵ Per approfondimenti si rimanda al Capitolo VI e alla Tabella n. 21 allegata in Appendice. Le donne originarie di paesi extraeuropei che si sono rivolte ai consultori per la prevenzione ginecologica, nel corso del 2015, sono in totale 393 e provengono soprattutto da Ucraina (33,7%), Sri Lanka (8,4%), Brasile (5,7 %), Federazione Russa (5%), Nigeria (4,2 %), Repubblica Dominicana (3,9%) Perù (2,6%), Albania e Capo Verde (2,3). (Dati screening della cervice uterina, Consultori Asl Napoli 1, anno 2015).

⁴⁷⁶ Per donne "assistite" dall' Asl Napoli 1 si intende quelle che sono in possesso di una tessera sanitaria o per Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P.) e non le singole prestazioni. Le donne iscritte all' ASL Napoli 1 provenienti dalle Filippine sono 982, le ucraine 5203. Gli ucraini regolari assistiti dall' ASL Napoli 1, in particolare, sono 6.112 e rappresentano il 19% del totale, ponendosi secondo posto dopo gli srilankesi (28,6 %) e prima dei filippini. Queste ultimi sono invece 1.514 e costituiscono il 4,7 % del totale degli assistiti regolari dell'Asl Napoli 1. Tali percentuali rispecchiano quindi quelle dei residenti nella città (Dati S.A.S.C.I., 2016). Per approfondimenti a riguardo, si rimanda al Cap. VI e alla Tabella 7 allegata in Appendice.

Le utenze ucraine STP sono in totale 1.013, di cui 766 sono donne, mentre quelle filippine sono meno significative e ciò può essere un indicatore di maggiore regolarità del soggiorno. Si rimanda

misura poco considerevole per attività legate allo screening come si evince dai dati a disposizione (dati consultori Asl Napoli 1, 2015).⁴⁷⁷ Gli accessi ai consultori delle immigrate di questa nazionalità per le attività di screening al 2015, sono rappresentati, infatti, soltanto da otto donne (dati consultori Asl Napoli 1, 2015). Le immigrate filippine, inoltre, nella città di Napoli, fanno poco o per nulla, riferimento ai servizi dedicati per le straniere, come l'ambulatorio del Centro Tutela Salute Immigrati, quello di Villa Betania o l'ex ambulatorio ostetrico ginecologico del II Policlinico.⁴⁷⁸ Ci si può chiedere pertanto, in caso di necessità a quali servizi si rivolgano.

Considerando, invece, gli accessi ai consultori pisani, si evince come le immigrate filippine si rivolgano ad essi in misura maggiore rispetto a quanto fanno a Napoli. La percentuale di donne di origine filippina, che fa riferimento ai consultori pisani, comunque, è meno significativa rispetto ad immigrate di altra provenienza, sebbene siano fra le presenze femminili più numerose nella città.⁴⁷⁹ Emblematico, ad esempio, come la quota di donne filippine e ucraine che si sono rivolte al consultorio principale di Via Torino nel 2015 sia la stessa, sebbene le residenti ucraine nella città siano meno (sia le donne filippine che quelle ucraine, infatti, costituiscono il 7,5% del totale di quelle che si sono rivolte al servizio).⁴⁸⁰ Si può ipotizzare, così, che le immigrate filippine nella città di Pisa si rivolgano ai servizi pubblici (ai consultori) per la loro salute femminile più che a Napoli, sebbene facciano meno riferimento a essi rispetto ad immigrate di altre nazionalità nella città.

al Cap. VI e alla Tabella n. 12 allegata in appendice (Dati S.A.S.C.I., 2016). Le donne ucraine residenti nella città sono invece al 31/12/2016 6.948, ovvero il 24,6 % del totale delle residenti provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Fonte Istat). Per approfondimenti si rimanda al Cap. VI ed alla Tabella n. 6, allegata in Appendice.

⁴⁷⁷ Tale dato sembra particolarmente esiguo anche se si considera la percentuale di immigrate filippine residenti nella città di Napoli che sono 1.771 e corrispondono al 4,1% del totale delle straniere residenti al 31/12/2016) (Fonte Istat). Si rimanda per approfondimenti al Cap. VI e in particolare alla Tabella n. 6, in riferimento all'incidenza delle immigrate residenti a Napoli e alla Tabella n.21, per i dati inerenti i consultori dell'ASL Napoli, allegata in Appendice.

⁴⁷⁸ Si rimanda a riguardo al Cap. VI.

⁴⁷⁹ Si rimanda a riguardo al Cap. VII.

⁴⁸⁰ In particolare nel 2015 le donne ucraine e filippine presso il consultorio di Via Torino, sono in totale 86. Più numerose sono invece le donne albanesi (255) e le rumene (190) (si rimanda alla Tabella n. 50 allegata in Appendice). Considerando, invece, i dati inerenti le straniere residenti nella città, le rumene sono 984 (il 15,9%), le filippine 832 (13%) le albanesi 740 (12%) le ucraine 523 (8,6%). In tal senso il dato inerente gli accessi ai consultori non rispecchia quello anagrafico. Si rimanda, per approfondimenti al Cap. VII e alla Tabella 34 allegata in Appendice.

9.4 - Le caratteristiche del campione a Pisa e a Napoli

Il campione delle immigrate intervistate a Pisa e a Napoli, costituito da quaranta donne (di cui dieci ucraine e dieci filippine in entrambi i contesti di indagine),⁴⁸¹ è alquanto eterogeneo, sia in riferimento alle situazioni familiari che occupazionali. Esso, inoltre, include donne che sono in Italia da molti anni o che sono arrivate più di recente.

Fra le immigrate ucraine intervistate a Pisa, da un punto di vista dell'inserimento occupazionale, quattro sono impiegate in attività di assistenza e cura, quali "badanti" e coabitano con il proprio datore di lavoro (Vi., R., Al. P.), due in attività domestiche part-time (C. ed A.), una quale mediatrice interculturale e tre, invece, al momento dell'intervista erano in cerca di occupazione (M., N., U.). Fra queste, in particolare, vi è una donna, arrivata di recente, U., che si appoggiava ad alcune parenti provenienti dalla Georgia (poiché il marito era georgiano) ed era in cerca della sua prima occupazione. L'intervista, in questo caso, per le difficoltà linguistiche dell'immigrata, si è svolta grazie all'ausilio di una sua connazionale che aiutava a tradurre.⁴⁸² Dalle vicende delle altre due donne in cerca di lavoro, invece, N. ed M., in Italia, rispettivamente, da venti e sei anni, si evince la precarietà legata alle attività di assistenza e cura fra immigrate di origine ucraina. N., infatti, ha perso il lavoro dopo essere tornata temporaneamente nel suo paese di origine proprio per la necessità di curarsi, mentre M. in seguito alla morte della donna che assisteva. Entrambe hanno evidenziato come non sia facile trovare una nuova attività in breve tempo, a causa dell'età non più giovane.⁴⁸³ Il percorso di S., è invece, differente da quello delle connazionali impiegate in ambito domestico o come badanti. La donna, infatti, ha sposato un italiano con il quale ha avuto una bambina e ha, pertanto, un progetto migratorio volto alla stabilizzazione. Come mediatrice inter - linguistica ed interculturale, ha

⁴⁸¹ Per approfondimenti sul campionamento si rimanda al Cap. V, paragrafo 5.2.3.

⁴⁸² La decisione di lasciare questa donna nel campione delle intervistate, sebbene non abbia avuto una grande esperienza dei servizi sanitari, si ricollega al fatto che rappresenta la testimonianza di una immigrata priva di documenti, con difficoltà linguistiche che quindi mi ha dato l'opportunità di avere un punto di vista differente rispetto a quello di coloro che sono giunte in Italia da più tempo, fornendo, per altro, informazioni in riferimento alla situazione delle migranti appena arrivate. Si è mostrata, inoltre, molto interessata a conoscere la normativa inerente la salute e ad avere informazioni sui servizi del territorio, di cui non era a conoscenza neppure la cognata in Italia da più tempo.

⁴⁸³ N., ha poi trovato lavoro dopo alcuni mesi, sempre come badante poiché non intendeva uscire da tale ambito occupazionale, consapevole delle limitate possibilità in Italia.

collaborato per diversi anni con una cooperativa del territorio. Al momento dell'intervista, tuttavia, era intenzionata a ridefinire i suoi percorsi occupazionali a causa della precarietà del settore della mediazione.⁴⁸⁴

Le interviste condotte alle immigrate ucraine a Napoli, invece, hanno coinvolto tre donne impegnate in attività di assistenza e cura agli anziani full-time (V., La., e S.), una part-time (L.), una in ambito domestico "ad ore" (O.) e quattro inserite in altri settori occupazionali (E., Av., Sv., D.). Fra queste ultime, infatti, vi è una responsabile del settore immigrazione di un sindacato di base (Sv.), due giovani madri che hanno intrapreso percorsi lavorativi part-time nell'ambito del web marketing (E. e Av.), così da poter conciliare le loro attività con la cura dei propri bambini e una donna più anziana, impegnata, invece, in un'associazione che svolge attività di orientamento e informazione per le connazionali (D.). Una delle immigrate intervistate (A.), sposata a un connazionale, ha scelto momentaneamente di dedicarsi alla cura dei propri bambini, della famiglia e non lavorare. E' stato, così, possibile riscontrare come le donne che hanno ricostituito un nucleo familiare nel contesto migratorio, con la presenza del coniuge o dei figli, il più delle volte, svolgano attività lavorative che non le impegnano full-time.

Le vicende delle immigrate ucraine intervistate possono alle volte essere drammatiche. I racconti della situazione e delle condizioni di vita nel paese di origine, nel periodo antecedente alla crisi economica e al crollo del regime sovietico, sovente, stridono fortemente con la loro situazione attuale.

Nelle storie delle migranti è stato, inoltre, possibile riscontrare i segnali di mutamento delineati dagli studi più recenti in riferimento ai caratteri della presenza ucraina in Italia (Conti, Bonifazi, Racioppi, 2016; Conti, Bonifazi, Strozza, 2016).⁴⁸⁵ Ai percorsi delle donne più adulte, partite in seguito alla perdita dei posti di lavoro e alla crisi economica, con progetti migratori temporanei, per sostenere i familiari rimasti in patria, si affiancano, infatti, quelli di migranti più giovani arrivate, per ricongiungersi, anche da adulte, ai familiari e in particolare, alla madre (come A., E., Av.) Queste ultime hanno, poi, costituito nel contesto migratorio un loro nucleo familiare e intrapreso percorsi occupazionali volti ad

⁴⁸⁴ L' intervista a S. è stata condotta sia in riferimento alla sua esperienza di mediatrice interlinguistica ed interculturale, che in relazione alla sua esperienza ed ai suoi vissuti inerenti l'accesso ai servizi sanitari ed i vissuti di gravidanza e parto.

⁴⁸⁵ Si rimanda a riguardo al par. 9.2

affrancarsi dalle attività in ambito domestico o di badanti. L'impossibilità di raggiungere gli obiettivi migratori in breve tempo, inoltre, ha spinto alcune delle donne intervistate a ricongiungersi con i figli (come nel caso di L. o di O. a Napoli). I progetti per il futuro, che per gran parte delle immigrate sono orientati al rientro in patria, fra le donne più giovani (ad esempio, nel caso di E. a Napoli e di K. a Pisa) o fra coloro che, anche più anziane, hanno ricostituito in Italia i propri nuclei familiari e i propri ancoraggi emotivi (come per P. residente a Pisa o D. a Napoli) possono essere, invece, volti ad una maggiore stabilizzazione o "sospesi", in attesa delle future decisioni dei propri figli.

Si può ritenere, in ogni caso, che alle traiettorie e alle tipologie prevalenti individuate fra immigrate di questa nazionalità (Vianello, 2009, Spanò, Zaccaria, 2003),⁴⁸⁶ che corrispondono a differenti modelli e percorsi migratori, si possano ricollegare anche diverse problematiche nell'approccio con i servizi sanitari.⁴⁸⁷ Tali tipologie saranno, dunque, prese in considerazione per avanzare delle riflessioni in riferimento a percorsi e comportamenti in ambito sanitario delle immigrate intervistate, nei due contesti di indagine considerati. Ciò, nella consapevolezza che le situazioni, nella realtà, possano travalicare tali categorie ed essere molto più articolate e complesse.

Le immigrate filippine intervistate nella città di Napoli sono per la maggior parte sposate ed impiegate in attività part-time come colf o nell'assistenza agli anziani. Tutte le donne intervistate hanno figli che per gran parte dei casi, vivono con loro. Soltanto due di esse lavorano "notte e giorno": M. che vive assieme alla sua famiglia in una dependance dei suoi datori di lavoro e Z., che coabita con il datore di lavoro anche se, per i giorni liberi, ha un appartamento in affitto con il marito e altri connazionali. I percorsi di maternità di queste due donne, così, sono considerevolmente diversi, poiché Z. e suo marito, si sono visti costretti ad affidare la figlia, ormai adulta, ai familiari nel paese di origine quando aveva tre anni, per le difficoltà in ambito lavorativo a differenza di M., che ha la possibilità di tenere con sé i suoi figli.

Fra le filippine intervistate a Pisa, invece, vi sono due donne che lavorano come "badanti" full time (Ca, e Ir.), una che svolge un'attività definita di "lungo –

⁴⁸⁶ Si rimanda a riguardo al par. 9.2

⁴⁸⁷ Tali categorie pertanto possono essere considerate alla stregua di una sorta di ideal -tipi weberiani.

orario”, lavorando dodici ore al giorno ma con un abitazione autonoma (B.), mentre tutte le altre lavorano part – time nell’ambito della collaborazione domestica o come baby – sitter. La maggior parte delle immigrate intervistate ha figli che possono vivere con loro o nelle Filippine ad escusione di due delle donne intervistate, che non hanno avuto bambini per problematiche legate alla sterilità (T. ed E.).

Dalle interviste raccolte si evince come le immigrate filippine, che a differenza delle badanti ucraine lavorano per i ceti sociali più agiati, seppure siano impiegate in attività full – time o “notte e giorno”, hanno alle volte la possibilità di tenere con sé i propri bambini magari in una dependance, come nel caso di Ca., a Pisa e di M. a Napoli, oppure nella stessa abitazione del datore di lavoro. Molto dipende in ogni caso, dalle possibilità e dalla volontà dei datori di lavoro.

Analogamente alle intervistate ucraine anche le donne filippine, nel caso siano presenti i nuclei familiari nel contesto migratorio hanno progetti volti alla stabilizzazione o “sospesi” in attesa delle decisioni future dei propri figli. I progetti per il futuro, in ogni caso sono, il più delle volte, orientati al rientro nel paese di origine, dove sovente hanno costruito, con le rimesse, una abitazione al fine di potervi tornare, una volta anziane.

9.5 - Il rapporto con i servizi sanitari: le difficoltà di accesso, le dinamiche relazionali e la valutazione del servizio sanitario italiano

Molteplici sono le difficoltà emerse nel corso delle interviste, inerenti le possibilità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte delle donne ucraine e filippine. Queste sono strettamente legate ai percorsi, ai progetti migratori alle condizioni familiari e soprattutto, lavorative, al poco tempo a disposizione o alla carenza di informazioni. Emblematiche sono, a riguardo, le parole di una mediatrice di origine ucraina, che ha ribadito come le immigrate il più delle volte non arrivino ai servizi o si rivolgano ad essi in ritardo, sostenendo:

“Non vengono [all’ ambulatorio] o vengono con ritardo o quando hanno un problema a cui è difficile rimediare. Per esempio le gravide che si sono accorte molto tardi e non possono uscire neanche il giovedì, non fanno vita sociale e non sanno neanche quali sono i loro diritti. Spesso i datori di lavoro non ascoltano i problemi.” (Intervista a O. Mediatrice culturale, Cooperativa Dedalus, Napoli, 2015)

Una indagine di Tognetti Bordogna (2009), inoltre, ha messo in rilievo le differenze in riferimento al ricorso alle strutture sanitarie fra le donne inserite in attività di assistenza e cura, notte e giorno e quelle impegnate come colf, part-time.⁴⁸⁸ La ricercatrice, a riguardo, ha evidenziato come le prime tendano a rinviare il ricorso al welfare sanitario esclusivamente alle situazioni legate all'urgenza e si rivolgano, in prevalenza, al pronto soccorso, al medico di base e all'ospedale. Esse, inoltre, fanno riferimento ai medici ed ai servizi sanitari soprattutto per le problematiche delle persone che assistono, sebbene le difficoltà linguistiche possono rappresentare un ostacolo nelle relazioni di cura.⁴⁸⁹ Coloro che invece, lavorano come colf farebbero un uso dei servizi più ampio e diversificato, legato anche alle esigenze di eventuali gravidanze o dei propri familiari e in particolare, dei figli. Vi sarebbero, dunque, fra le colf, che dispongono di più tempo e maggiori risorse relazionali, soprattutto se impegnate in attività part-time, minori difficoltà rispetto alle "badanti". Le difficoltà inerenti l'accesso ai servizi per la gravidanza, secondo la ricercatrice, possono essere invece, legate alle situazioni di irregolarità, precarietà o alle scarse informazioni di cui le donne possono disporre in riferimento ai diritti in questo ambito. Ulteriori problemi possono, poi, ricollegarsi a barriere linguistiche, agli orari ed ai giorni di apertura dei servizi, ai tempi di attesa per le visite e ai costi, che possono portare ad una rinuncia dei controlli (Tognetti Bordogna, 2009: 294). Il rapporto con il datore di lavoro, in ogni caso, può incidere considerevolmente, in negativo o in positivo ed il network in cui le immigrate sono inserite può risultare "strategico" per l'accesso alle cure (Tognetti Bordogna, 2009).

Nell'ambito di questa ricerca, invece, ci si è soffermati sulle difficoltà inerenti l'accesso ai servizi delle donne intervistate verificando a chi si rivolgano in caso di necessità per avere informazioni in questo ambito, quali siano le problematiche e se preferiscano far ricorso a quelli pubblici o privati, sia in generale, sia in riferimento alla loro salute femminile. Sono stati, poi, presi in considerazione i punti di vista, le percezioni e le esperienze delle intervistate,

⁴⁸⁸ L'indagine condotta da Tognetti Bordogna era volta ad evidenziare come il tempo lavorativo ed i reticoli familiari potessero influire sull'accesso ai servizi da parte delle immigrate (Tognetti Bordogna, 2009).

⁴⁸⁹ La ricercatrice ha evidenziato, pertanto, come in tali circostanze e per le situazioni più complesse sia necessario l'intervento dei familiari delle persone assistite (Tognetti Bordogna, 2009: 281)

inerenti il rapporto con medici e operatori sanitari, anche in riferimento ad eventuali pregiudizi, stereotipi o discriminazioni riscontrate ed infine, una loro valutazione dei servizi sanitari italiani, in relazione a quelli del proprio paese di origine.

9.5. 1 - Le immigrate ucraine a Pisa e a Napoli

Le immigrate ucraine, come si evince dalle statistiche e dalle interviste condotte nel corso della ricerca, accedono ai servizi in misura maggiore e con un'“apparente” facilità rispetto a donne di altra provenienza.⁴⁹⁰ Ciò può ricollegarsi anche al fatto che, come ha evidenziato J. mediatrice culturale ucraina, era diffusa nella ex Unione Sovietica una cultura di prevenzione e una considerevole attenzione per i controlli di salute, alle quali le donne potevano accedere periodicamente. J., infatti, afferma:

“No io penso che sia abbastanza facile [accedere ai servizi], perché abbiamo questo forte pensiero diciamo di prevenzione quindi anche le donne senza fissa dimora per dire anche se poi vivono veramente per strada, in qualche modo io lo so di certo [...] ci sono una serie di percorsi che hanno imparato. Quindi funziona molto anche il passaparola fra loro, per cui penso che almeno a Napoli è stato fatto in questo senso un buon lavoro [...] In qualche modo io ritengo che l'area dell'Est sia assimilata molto bene in questo percorso diciamo di salute che l'Italia offre” (Intervista a J. Mediatrice culturale, Cooperativa Il Pioppo, Napoli 2016)

Dalle interviste condotte alle donne ucraine, in ogni caso, si evince che permangano notevoli problemi a rivolgersi ai servizi sanitari, legati, soprattutto fra coloro che sono impegnate nelle attività di assistenza e cura, a ritmi e orari lavorativi estremamente faticosi, alle difficoltà ad ottenere permessi di lavoro e recuperare spazi e tempi per sé stesse, a problemi linguistici, economici, alla carenza di informazioni in riferimento a possibilità e diritti, o alle condizioni di irregolarità.

In relazione a ciò, sono significative le parole di K., che ribadisce:

“Non c'è tempo, sì qui la gente nel senso cerca forse di curarsi da soli, poi se già proprio al limite vanno dal dottore, però non è che ... Perché forse non c'è possibilità di stare a casa. Va beh! Se stai a casa prendi i giorni che ti pagano qui cioè non lavori non guadagni ...sennò quando devo pagare l'affitto, certe cose, non è che puoi stare a casa” (Intervista a K., ucraina, Pisa, 2016).

⁴⁹⁰ Si rimanda alle statistiche sanitarie ed ai capitoli precedenti.

Informatrici privilegiate ucraine hanno evidenziato come le difficoltà economiche, la segregazione lavorativa e la necessità di continuare a lavorare possano sfociare in situazioni estreme. Le donne, così, alle volte, possono arrivare ai servizi quando è, ormai, troppo tardi.

In riferimento a tale circostanza S., mediatrice culturale di Pisa, ha ricordato l'episodio di una sua connazionale che si è rivolta ai medici quando lo stadio in cui era il suo tumore era troppo avanzato per poter intervenire. Nella vicenda della donna si intrecciano problematiche legate a barriere culturali, linguistiche, comunicative e alla carenza di informazioni. S., infatti, racconta:

“Differenze culturali, impediscono ... impediscono anche di raccontare i suoi problemi di andare dal dottore. Un caso di una signora che lavorava in casa da una infermiera e quella infermiera l'ha portata all'ospedale ha visto lamentela di questa signora per dolore alla pancia e quando poi sono state fatte diverse visite e io sono stata presente in visita dal ginecologo, la dottoressa ha detto che una cosa così lei non l'ha mai vista che praticamente il tumore era già avanzato, talmente tanto che non era nemmeno operabile [...] mancanza di informazione, mancanza di informazione su anche spirale ... va tolta dopo un certo numero di anni, perché questa povera signora ha portato per quindici anni la spirale, fino a che poi non si è trasformato” (Intervista a S., ucraina, Pisa, 2016).

Le immigrate alle volte, possono sottovalutare le loro condizioni di salute sottoponendosi a ritmi lavorativi massacranti, per realizzare i loro progetti migratori. Sv., referente di un sindacato di base della città di Napoli, sostiene infatti:

“La salute viene in ultimo posto! Perché fai di tutto per risolvere problemi principali, magari debiti, trovare lavoro, sistemare casa, magari far venire familiari e non guardi proprio la salute. E spesso gli immigrati arrivano a quel punto “Senti non mi sento bene!” Dopo un paio di giorni è morto. Perché? Se l'ha mangiato cancro in piedi! [...] Sì perché anche mentalmente gli immigrati che vengono sono pronti a tutto!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016).

La responsabile sindacale fa, così, riferimento a vicende drammatiche che hanno riguardato alcune sue connazionali. Alle volte le problematiche di salute si intrecciano a quelle inerenti i documenti del soggiorno, come nel caso di una donna che, a causa di un tumore esteso, i medici e il datore di lavoro volevano convincere a rientrare nel paese di origine, per affidarla, nei suoi ultimi giorni di vita, alle cure della sorella. L'immigrata, alla quale non avevano descritto la situazione per intero, tuttavia, rifiutava di partire senza aver prima ottenuto la carta di soggiorno, per una eventuale invalidità. Sv. racconta, a riguardo:

“Qualche traccia ce l’aveva ma non aveva considerato qualcosa di importante! La signora aveva mi sembra cinquantasei anni, non aveva figli e lavorava di giorno da una parte, la sera andava in un ristorante e poi la notte quando finiva al ristorante andava da qualche vecchietta. Praticamente lei aveva due o tre ore libere! In tutto questo io avevo venticinque, ventisei anni e pensavo “Che cosa spinge una persona a fare questa vita così?” Immagina se lei qua lavora, lavora là qualcosina mangia, dove può ... tutto questo tempo finché lei ha avuto ... Quando l’hanno aperta durante l’operazione ormai non c’era niente! Il cancro se l’ha mangiata proprio! Io sono riuscita in questo incontro a convincere che io ti aiuto a prendere la carta di soggiorno, io cerco di occuparmi di tua invalidità, ma visto che non c’è possibilità di assisterti qua, perché non hai parenti, perché la sorella era infermiera” (Intervista a Sv.,ucraina, Napoli, 2016).

La donna, ricoverata in ospedale, arriva finanche a fuggire con la flebo per raggiungere la sindacalista che si stava occupando delle pratiche dei suoi documenti in Questura. Vi erano, infatti, problemi a trasportare la macchina per le impronte digitali. Sv. così, ricorda:

“Io lasciavo tutto per lei perché guarda questo si è trattato di cinque e sei giorni e abbiamo spedito lei a casa e dopo dieci giorni lei è morta! Lei con il documento che aveva poteva benissimo tornare a casa! Comunque scappa dall’ospedale con nutrizione che non potevano staccare proprio, con questo ferro, con busta che teneva dentro sacca... Io ero in Questura e lei mi ha chiamata due volte e poi la terza volta mi ha chiamata “Io sto arrivando in questura!” Ma sai com’è mani e piedi stavo correndo senza pullman, senza niente! Qua piazza Garibaldi era piena di traffico! Non so come ha fatto senza permesso! Lei voleva la carta di soggiorno e aveva detto “Non mi convinci in nessun costo a partire senza la carta di soggiorno!” Perché voleva l’invalidità e diceva “Io volevo le mie cose” [...] Io ero in Questura ... in Questura l’impiegato scende e macchinetta non riesce a staccare, perché loro con la macchinetta dovevano andare da lei. Ma la macchinetta quella trasportabile, qualcuno era di servizio fuori... E l’ispettore non riusciva a prendere la macchinetta per prendere le impronte giù! Le impronte servono per validare carta di soggiorno se no questo documento non è valido, per evitare che qualcuno può prendere al posto tuo il documento, perché ci sono pure queste situazioni qua. Comunque con tutte queste buste ha preso impronte, ha preso tutto e ha detto “Signora può andare!”. Immagina questa con tutte queste buste in mano! [...] Poi ha chiamato e ha detto “Sono in ospedale tutto a posto!” (Intervista a Sv.,ucraina, Napoli, 2016).

Ottenuta la carta di soggiorno la referente sindacale e il datore di lavoro della donna, superando ulteriori difficoltà per consentirle di viaggiare in aereo, sono poi riusciti a farla rientrare in patria, dove è morta pochi giorni dopo. La sindacalista per altro, sostiene:

“Ma questi casi sono pure fortunati perché siamo riusciti in vita a far tornare dai familiari, ma spesso non succede così!” (Intervista a Sv., 2016).

Le richieste e le esigenze dei datori di lavoro, inoltre, possono essere alle volte usuranti, ribadisce ancora Sv., e influire sulla salute fisica o psicologica delle donne, come nel caso di un'altra connazionale costretta a dormire sullo stesso letto della persona che assisteva, monitorata da una telecamera. La donna, racconta Sv.:

“Ha detto “In questa casa si è aggravato proprio il mio stato di salute! Perché dormo male!” Praticamente lei dorme nella stessa stanza della signora, sullo stesso letto ... E non è tutto, in un'altra stanza ha letto. Lei durante la notte a volte va là, perché? Perché non riesce proprio a stare ferma, stesa come si deve. La datrice di lavoro l'ha richiamata e ha detto che ha visto in telecamera che non dorme vicino alla nonna. Adesso lei ha detto che deve andare via perché proprio per salute non ce la fa a stare.” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016).

L'immigrata, quindi, su consiglio della sindacalista decide di lasciare il lavoro chiedendo la liquidazione, che tuttavia il datore di lavoro rifiuta.

Ulteriori difficoltà, come è stato riscontrato nelle interviste condotte alle donne ucraine, possono, poi, ricollegarsi alla mancanza di regolarità nel soggiorno e dunque, alla paura di rivolgersi a medici ed operatori sanitari.

Emblematica è, in tal senso, la vicenda di K. una donna di trent'anni, giunta a Pisa da circa sei anni per raggiungere il fidanzato, che viveva nella città assieme alla sua famiglia. Nei primi tempi in Italia, K. ha vissuto in una situazione di irregolarità, che ha influito anche sulle possibilità di accedere ai servizi sanitari, in caso di necessità. Racconta, infatti:

“Primi forse tre anni non ho avuto permesso di soggiorno, perché sono uscita quando aspettavo flussi. Non c'erano posti, non sono entrata, quando flussi erano posti limitati e non sono entrata perché ho fatto la domanda tardi” (Intervista a K, ucraina, Pisa, 2016).

La paura per l'irregolarità del soggiorno, così, per K., si intreccia alle difficoltà di orientamento fra i servizi stessi, nonostante vi fosse l'intermediazione del fidanzato. A riguardo sostiene:

“Sono stata più protetta però una cosa che quando arrivata non ho avuto medico era cioè difficile, sono andata direttamente ospedale perché non sapevo da chi rivolgermi e poi mi hanno detto, della mia gente, comunità ucraina, hanno detto che c'è vicino a Coop forse zona di aeroporto un medico che prende senza documenti perché se non ce l'hai documenti non sai da chi rivolgerti. [...] E lì hanno fatto il libretto, per cui penso sì, mi hanno dato il libretto sono andata lì perché sennò senza documenti, cioè non ti prendono devi andare a pagare il

dottore privato. [...] Era il 2009 ⁴⁹¹ [...] Io avevo paura anche di incontrare carabinieri.” (Intervista a K., ucraina Pisa, 2016).

Da tre anni K. ha ottenuto il permesso di soggiorno, svolgendo diverse attività part-time in ambito domestico e da circa un anno ha deciso di riprendere gli studi in economia, che aveva avviato in Ucraina, iscrivendosi all’Università. Ha, così, richiamato in Italia anche la madre, che lavora come badante e ha una stanza in affitto. I suoi progetti migratori per il futuro, essendo molto giovane, sono quelli di restare in Italia e di avere una famiglia, con l’obiettivo di migliorare la sua situazione occupazionale. Afferma, infatti:

“No in Italia, mi piace come c’è natura qui in Italia, c’è tutto c’è mare, c’è montagna, c’è tutto Italia è bellissima! Solo, qui si può rimanere se mi realizzo nella vita professionale sennò la vita qui non è bella, se lavorare è così, nel senso meglio tornarci a casa. Piacerebbe avere la famiglia. Marito, in futuro, figli. Italia forse mi dà ... Però bisogna lavorare, bisogna studiare, se lavori la possibilità di vedere il mondo, viaggiare. In ucraina non c’è questa possibilità, ci sono gli stipendi bassissimi.” (Intervista a K., ucraina, Pisa, 2016).

Da un punto di vista del rapporto con i servizi sanitari la ragazza ha subito delle operazioni per alcuni noduli e ha eseguito controlli inerenti la salute femminile in ospedale, dei quali non preserva un ricordo positivo. Sostiene, così, di preferire l’assistenza nel suo paese di origine, anche in riferimento alle carenze del sistema sanitario italiano, legate ai lunghi tempi di attesa per le visite e ai costi del ticket. A riguardo afferma:

“È uguale se devi andare bisogna pagare, cosa serve la tessera sanitaria in fine non so, non mi serve. Certo il ticket devi pagare. [...] Qui, da noi sono più svelte. Si perché per esempio se vai dal dottore non devi prendere appuntamento, vai a prendere la fila aspetti, qui invece fanno per me troppo, lavorano poco prendono poche persone. Si perché aspettare qui è un casino la gente è più, parla, fa!” (Intervista a K., ucraina, Pisa, 2016).

Le esperienze possono, in ogni caso, essere diversificate, ma è emblematico come anche Al. residente a Pisa, rilevi la situazione di grande disparità di trattamento fra coloro che sono in possesso di una tessera sanitaria e coloro che, invece, sono in una situazione di irregolarità. Traspare, per altro, dalle parole della donna una carenza di informazioni in riferimento alle possibilità offerte dalla normativa italiana. Sostiene, infatti:

⁴⁹¹ Questa vicenda, per altro, corrisponde al periodo in cui vi era un ampio dibattito legato alle proposte del governo di centro destra di inserire la possibilità, nell’ambito del pacchetto sicurezza, di denunciare immigrati clandestini o irregolari.

“Quaranta per cento con documenti e sessanta per cento senza documenti, e questi che conosco io cento per cento ricevono operazione fanno, dicono che è meglio qui fare operazione, utero, cambiato ginocchio cambiare anca, queste grandi operazioni fanno per italiani e fanno per noi anche... [...] Se tu non hai documenti ... [...] Però il 60 % stranieri, 60% non ricevono niente.” (Intervista ad Al., ucraina Pisa, 2017).

Al. ha sessantotto anni ed è in Italia dal 2001. Ha due figlie di quaranta e quaranta due anni che si sono entrambe laureate grazie alle sue rimesse, ma da qualche anno, una delle due è stata costretta a raggiungerla a Pisa lavorando come badante, per sostenere ulteriormente il marito e i suoi due bambini in Ucraina. Al. così, contrappone, la sua condizione a quella della figlia, che essendo irregolare ha timore a rivolgersi ai servizi sanitari in caso di necessità, affermando:

“Mia figlia qui clandestina, e lei anche ha paura andare, a volte se bisogna andare dal dottore “Andiamo?” Lei aveva paura, ora lei ripresa. Però proprio detto, se tu clandestina, tu non ricevi niente se nessuno non c’è più coraggio di te per portarti ...[...] Qui lei, ti dirò lei lavora come badante, e lei tre volte andata a trovare suoi bambini e marito. Lei va, torna, va torna, gira, paga tanti soldi per arrivare! Perché quando di là vai, ti mettono nel passaporto che tu non puoi tornare dietro, sì perché tu ... contro -legge vai!” (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2016).

Gran parte di coloro che sono in una situazione di irregolarità per il soggiorno, come sua figlia, sostiene inoltre Al., hanno timore a rivolgersi ai servizi sanitari nonostante le possibilità offerte dalle normative. Afferma, infatti:

“Non tutti badanti sanno questo, non tutti hanno coraggio, non tutti sanno parlare, o cambiano lavoro, oppure soffrono con questi poverini, soffrono anche badante, perché lei non sa cosa deve fare, con chi deve parlare, e tanti problemi e questo è un grande problema [...] Noi proprio questo anno due morti ucraini, durante questo tempo [...] Non stati curati, perché nero lavoro, o uno cancro altra cancro, uno morto cuore fermato! [...] Se lavori in nero, se persone ignorante, non ha tutti coraggio, vengono sempre che vengono coraggio, [...] loro hanno paura proprio hanno paura! Tornare a casa, non potevo prendere questi soldi, e lavorano fino alla morte qui! Diritti hanno tutti. Paura usare, se usi ti portano a casa ti mandano a casa, Eh, quando non solo mandano da casa dove lavori mandano in Ucraina, due mandate ricevi, e poi se non lavori cosa fai, tutti speravano che viene questa legge, questa sanatoria. E non c’è legge [...] Chi lavora a nero non ricevono perché c’è paura ignoranti c’è tutto!!” (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2016).

Al., in ogni caso, ha vissuto in prima persona la condizione di irregolarità, poiché è arrivata nel 2001 a Napoli da clandestina, per poi spostarsi a Como e Torino, prima di giungere a Pisa, dove lavora come “badante” dal 2006. Nel 2002 è riuscita a regolarizzare la sua posizione grazie alla sanatoria. La decisione di

partire per lei non è stata semplice, ma ha rappresentato una scelta obbligata. Al., infatti, è un ingegnere in Ucraina lavorava a livello dirigenziale in una impresa, la cui sede è stata chiusa. Al momento della chiusura della azienda le è stato proposto di trasferirsi in Russia, per un lavoro qualificato. Le difficoltà economiche erano, tuttavia, considerevoli, poiché suo marito, che lavorava nella sua stessa azienda, si era ammalato ed inoltre, in seguito alla dissoluzione dell'Ex Unione Sovietica, tutti i risparmi erano andati perduti. *“Quando abbiamo separato con Russia tutti i nostri risparmi, preso Banco di Russia e noi non è tornato”* Ricorda Al. che racconta, inoltre:

“Ascolta dirò una cosa, io in Ucraina stata signora, miei figli no [...] Meglio non parlare, perché mette vergogna [...] Lavoravo come ingegnere, lavorato come capo. Però essendo una persona onesta non ho riuscito a rubare, però marito stato malato e tutti i soldi andato per curarlo. Per figli non rimasto niente. Se non rimasto niente per figli, quando finito comunismo socialismo ha iniziato a crescere capitalismo, sai cos'è? Io guarda vostre, queste televisioni e sei obbligato... anche se non sta bene marito non sta bene aiutare qualche aiuto a figli sempre. Arrivato momento che iniziato a costruire capitalismo, figli rimasti con zero, anche figli studiavano. [...] non hai soldi di eredità, ancora non hai soldi per lavorare, cosa c'è? Zero. Bisogna aiutare figli. Andata aiutare figli.” (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2016).

La donna, così, per sostenere le spese mediche del marito e quelle universitarie dei figli ha deciso di rinunciare alla proposta di lavorare in Russia e di partire per l'Italia. Il marito, tuttavia, morirà qualche tempo dopo, nel corso di una operazione chirurgica. Al. Racconta, pertanto:

“Io rimasta da sola [...] Nessuno pensava che vieni così brutto tempo che bisogna andare altro paese lavorare. Non solo lavori in nero, anche molto nero, perché prima questi leggi non c'è, leggi senatori, leggi documenti non c'è. Vieni lavori è molto nero!” (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2016).

Il progetto migratorio della donna, analogamente a molte altre connazionali, si prolunga più di quello che aveva previsto e sebbene inizialmente sperasse che imparando la lingua italiana, avrebbe potuto svolgere in Italia la sua attività ha continuato a lavorare come badante. Attualmente i suoi progetti per il futuro sono incerti ed a riguardo, Al. afferma:

“No, io vengo forse vengo se trovo qui appartamenti, io sto un po' qui un po' a casa. Non sempre qui! Tu cosa vuole dire io voglio tornare di là però. Mi manca io non vivo dove sono nata mi manca proprio località dove sono nata io anche stata di là sempre anche una volta all'anno anche un giorno. Però è difficile anche lì dove sono nata è a settecento chilometri da dove lavoravo e vita andata e per sempre volevo andare di là! [...] I soldi asilo mettere, bisogna mettere a

scuola chi porta? Poi bisogna mangiare chi mangia? Bisogna trovare da mangiare chi trova? Bisogna anche avere soldi per questo chi trova e questo su carico tuo. Ora dare una mano della carica mamma e prima stato, non è così facile, qui tu lo sai io quando lavorano mani a me testa libera, allora riposo di testa e di pensieri, altri pensieri e questo quando cambi pensieri un po' anche vita non è così triste. Triste perché lontano!" (Intervista ad Al, ucraina, Pisa, 2016).

I primi tempi in Italia quando era in condizione di irregolarità, in ogni caso, la donna ha raccontato di aver risolto le problematiche mediche intercorse grazie all'intermediazione dei datori di lavoro. Una volta avuto il permesso di soggiorno invece non vi sono state difficoltà ad accedere anche ai servizi consultoriali, ai quali si rivolge periodicamente per controlli e screening inerenti la sua salute femminile. Al. si ritiene attualmente soddisfatta per l'assistenza sanitaria ricevuta e ha del sistema sanitario italiano, una valutazione positiva affermando, a riguardo:

"Se assicurata... Con documenti... se assicurata con tutti questi medicina, trovi, trovi cose che trovano italiani, quelli puoi trovare anche tu... anche quelli pagamento anche per sconti, questa... ticket, anche farmacia, anche dottori, puoi trovare tutto. [...] Senza pagare questo va bene, perché davvero questa parte di medicina, lavora benissimo, sono contenta... proprio come italiane" (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2017).

Dalle interviste, così, come nel caso di Al. si evince come i percorsi, le traiettorie e le condizioni in Italia delle immigrate, che mutano nel tempo, possano influenzare considerevolmente le modalità di approccio ai servizi sanitari.

➤ *Le donne intervistate a Pisa*

Le donne ucraine intervistate nella città di Pisa per avere informazioni ed orientarsi fra i servizi sanitari del territorio fanno riferimento, in prevalenza, ad amiche e connazionali o qualora siano presenti sul territorio, a familiari, fidanzati e alle volte al datore di lavoro o al medico curante. Gran parte delle immigrate inoltre, preferisce, in caso di necessità, rivolgersi al servizio sanitario pubblico, sebbene il datore di lavoro possa fare da intermediario per indirizzarle ad un medico privato, così da ridurre i tempi di attesa, come nel caso di Vi. che racconta:

"Per me per esempio la signora subito privato. La mia datore di lavoro se mi dice noi dobbiamo organizzare per andare tu devi andare con dottore ci dobbiamo organizzare a casa chi resta? Io dipende tutto da famiglia!" (Intervista a Vi. ucraina, Pisa, 2017).

Dalle interviste, inoltre, si evince come la percezione delle difficoltà a rivolgersi ai servizi possa ricollegarsi alla presenza di una rete di supporto, oltre che alle condizioni lavorative e ai modelli migratori.

Emblematica, a riguardo, la situazione di M., che a causa della sua condizione di irregolarità, fa ricorso solo in caso di assoluta necessità, a medici privati o all'ausilio del suo ex datore di lavoro, medico, ma non ai servizi pubblici. La donna, infatti, qualora sia possibile, preferisce far riferimento a soluzioni autonome, attivando strategie di cura transnazionali.⁴⁹² Dalle sue parole si evince come considerevoli difficoltà a rivolgersi ai servizi sanitari si ricollegano oltre che alla situazione di irregolarità per il soggiorno, alla carenza di informazioni in merito ai suoi diritti. M., ha cinquantatré anni e ha raggiunto la figlia a Pisa, dove vive da circa sei anni, anche per sfuggire al marito in Ucraina. Al momento dell'intervista avrebbe dovuto rinnovare il permesso di soggiorno ed era in cerca di una nuova occupazione, poiché la persona che assisteva in precedenza era morta. Racconta, così:

“Adesso bisogna rinnovare tutto, perché prima permesso scaduto, adesso c'è un'altra ... bisogna rinnovare. [...] Adesso no dottore di base, perché io andata lui detto permesso scaduto. Ho detto no bisogna cambiare dottore, io voglio ... Adesso non c'è tempo dopo vediamo non c'è problema [...] Per me migliore pagare perché non c'è, bisogna sempre aspettare appuntamento, anche figlia problema salute bisogna mezzo anno pensare prima per appuntamento. Quando non c'è appuntamento bisogno pazienza, o bisogna pagare soldi. [...] Qualche volta io andata, qualche volta... una volta problema articolazione io pago soldi... Pago perché paura, non posso girare, perché pensato problema grande, allora dico... Poi io tranquilla, ho trovato sclerosi sotto schiena, no niente... Ho pensato dottore non aiuta, io ho pensato faccio ginnastica mattina e basta! Sempre spero aiuta dottore, non aiuta nessuno” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016).

Una ulteriore problematica per M., fa riferimento, al poco tempo a disposizione legato alle attività di assistenza e cura che ha sempre svolto in Italia, analogamente alle sue connazionali. A riguardo sostiene:

“Tropo... possibilità c'è trovare dottore non pagare.....Perché il problema che io non c'ho tanto tempo, io occupata tutti i giorni e problema anche questo.” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016).

La preferenza per medici privati si ricollega, nel caso della donna, anche ai lunghi tempi di attesa dei servizi pubblici. Afferma, infatti:

⁴⁹² Si rimanda al paragrafo 9.7.

“Per me migliore pagare perché non c'è, bisogna sempre aspettare appuntamento, anche figli problema salute bisogna mezzo anno pensare prima per appuntamento. Quando non c'è appuntamento bisogno pazienza, o bisogna pagare soldi” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016).

Per M., così come per gran parte delle donne intervistate inserite in attività di cura e assistenza, orientarsi fra servizi sanitari del territorio non è particolarmente semplice, sebbene sia in Italia da sei anni. Sostiene, infatti:

“Difficile trovare dottore bisogna tante cose per...io sempre parlo con mia figlia con qualcun'altro io [...]” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2017).

N., che ha sessant'anni e non dispone sul territorio di una rete di supporto, analogamente a M., pur essendo in Italia da venti anni sostiene che per lei sia difficile orientarsi fra i servizi del territorio.

Dalle parole di P., invece, che ha settant'anni e lavora come badante in Italia da tredici anni, si evince come il tempo di permanenza possa influire sulle difficoltà a rivolgersi ai servizi. Sostiene infatti, come nei primi tempi in Italia non sia stato facile per lei a differenza di quanto avviene adesso, affermando:

“No a inizio non è facile. Difficile!” (Intervista a P., ucraina, Pisa, 2017)

Emblematiche, inoltre, le parole di A., che a differenza delle altre intervistate è impiegata in attività domestiche part-time e vive a Pisa da circa nove anni per sostenere economicamente i figli nel paese di origine. La donna, infatti, in riferimento alle difficoltà ad orientarsi far i servizi del territorio, sostiene:

“No, no è molto difficile! All'inizio quando non capisci la lingua, è una cosa completamente diversa, da come siamo abituati, no!” ((Intervista ad A., ucraina, Pisa, 2017)

La rete in cui le immigrate sono inserite rappresentata da connazionali, familiari o dal datore di lavoro può svolgere, in ogni caso, un ruolo particolarmente significativo per favorire l'accesso ai servizi del territorio. I datori di lavoro di Vi., ad esempio, sono medici e la donna ha ribadito come essi rappresentino un importante ausilio in tal senso, sostenendo:

“Io lavoro con medici. [...] figlia sempre diceva “Organizziamo per stare meglio per te...” Se mi serve per esempio antibiotico, lei subito prende tutto! Diverso da lei!” (Intervista a Vi, ucraina, Pisa, 2017).

Al., analogamente ha ribadito l'importanza del ruolo svolto dai suoi datori di lavoro nell'indirizzarla e aiutarla in caso di necessità mediche, raccontando a

riguardo di alcuni un infortuni avuti a Napoli ed a Como, doveva aver vissuto prima di trasferirsi a Pisa:

“Questi come si chiamano tendine? Da gamba destra tendine. Questa signora portato da ospedale e lei mi ha guardato, mi ha sistemato, mi ha dato medicina, mi girato dicono un mese, durante questo mese venuta per controllare per guardare, per me. Forse sono fortunata non lo so. Da Napoli andata a lavorare lago Como, anche di là cosa succede, io [...] inizio a lavorare di là, montagna, tutta sopra questi nuvole, umidità alta, mi iniziato fa male, mammamia che dolore avevo, davvero, un ortopedico perché lui curava quel signore, ha detto signore io conosco una cosa se tu curi signore, devi curare badante non lo so, lui mi fatto tutto. Anche medicina, lo sai?” (Intervista a Al., ucraina, Pisa, 2017).

Dalle interviste si evince, così, come le difficoltà in ambito sanitario si ricolleghino soprattutto ai periodi iniziali in Italia. La scarsa conoscenza della lingua italiana, in tal caso, può dare origine a gap comunicativi e incomprensioni. K., ad esempio, quando in seguito alla scoperta di due noduli ha eseguito una mammografia e delle biopsie, sostiene di aver firmato un'autorizzazione per svolgere gli esami medici, senza realmente averne compreso il significato. Racconta, infatti:

“Lì hanno fatto biopsia io non ho capito bene. Non era perché se ci vai con queste cose qui, non la puoi ha detto già un'altra dottoressa puoi iniziare a dire, non capisci bene non hai capito bene hai firmato però tu non dovevi fare questi qui che ti potevano provocare, bastava solo dice cioè anche mammografia invece io ce l'ho la cosa mentre non... Si lei dice forse tu non hai capito bene, hai firmato questa cosa, non dovevi fare come biopsia. Per lingua.” (Intervista a K., ucraina, Pisa, 2016).

Gran parte delle immigrate intervistate, impiegate in attività full time, hanno ribadito come una delle principali ragioni per le quali si rivolgono solo di rado ai servizi del territorio, attiene alle difficoltà di conciliare le proprie esigenze con il lavoro. Significative, a riguardo, le parole di R. nella cui esperienza si intrecciano difficoltà economiche e lavorative. La donna, infatti, ribadisce:

“Perché qua a Pisa quando ci tocca a noi andare a fare una cosa, prima cosa lavoriamo ventiquattro ore e dobbiamo chiedere permesso per uscire. Per fare esame quando sei proprio così [distesa] loro portano! Quando sei ancora a piedi ti devi cercare modo di andare tempo libero. Tempo libero domenica o giovedì pomeriggio! Così la sanità, quando c'è proprio una persona capitato male lei [il datore di lavoro] me l'ha portato fare a dottore privato, perché non potevo aspettare mia fila. Per fare fila ci vuole tre mesi, per prenotare, fare! Avevo pressione alta, mi fa male il nervoso perché la notte non dormivo. Però lei mi ha portato a pagamento. Quarantanove euro. Pago io. Lei, signora dove lavoro io, datore di lavoro mi ha fatto favore, fatto me favore che mi ha portato. Per lavorare con padre. Così me l'ha fatto portare. Però poi io mi sono tranquillizzata perché loro mi hanno detto che non c'è niente. Mi hanno dato tutto

mi hanno scritto un ricetta per prendere medicine. Dimenticato che io sono badante, e ha scritto in foglio bianco, che c'è reddito alto. Allora ho comprato medicine, perché come la signora o più furba o non dodici euro non lei conta niente, l'ha pagato ma può essere che tu paga trentacinquemila euro all'anno? No e allora perché sei comprato! A noi interessa lavoro!" (Intervista a R., ucraina, Pisa 2017).

Le difficoltà economiche, inoltre, possono rappresentare una ulteriore barriera per l'accesso ai servizi, come ha evidenziato M., che sostiene:

"Io ho andata dottore, però per me problema. Bisogna tanto pagare... Io prima voglio andare ortopedico dottore, bisogna trovare tutto ... Bisogna pagare... pagare sì. Senza appuntamento, non lo so, una volta stato problema e aspettare. Bisogno mezzo anno per dato appuntamento, mezzo anno! Troppo... [...] Una volta, voglio dire una volta stata male a casa, figli, perché stato male, io paura, vomitata, pressione bassa, paura, e nostro paese chiamato subito dottore, nostro paese non c'è problema per questo... Subito dopo puntura andata ... a casa ... non portare in ospedale! [...]. Adesso famiglia dove io lavoro troppo buona ... figlia avvocato... altra insegnante, marito dottore ortopedico, io parlo con lui perché io soffro artrosi e voglio comprare qualcosa in Italia, perché medicina migliore di nostra, mi sembra, e lui ha detto... "Ah provare!" e, lui scrivere cosa serve si scrive, tutti i giorni, fatto. Io andata pagare soldi, trenta euro. Lui quello che serve, lui scrivere cosa serve si scrive, tutti i giorni, fatto analisi... Perché adesso senza tessera sanitaria, adesso aspetto quando lui voglio una cura, o vitamine o calcio, qualcosa manca lui guardato sangue. [...]" (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016).

Le immigrate intervistate hanno poi ribadito, analogamente a M. e a R., come per rivolgersi ai servizi pubblici, possano esservi problematiche legate ai lunghi tempi di attesa per le visite. P. a riguardo sostiene:

"ASL? ... Io prendo appuntamento da dottore... io preso a novembre ...loro dato a me ad aprile ... io per controllare ... io andata a Santa Chiara ma no urgente. Ma se io urgente, non lo so ... vado pronto soccorso." (Intervista a P., ucraina, Pisa, 2017).

In riferimento ai controlli e agli screening per la salute femminile, tutte le donne intervistate a Pisa hanno raccontato di aver ricevuto da parte dell'ASL, lettere di invito ad eseguire tali esami presso i consultori familiari. Quasi tutte le intervistate impiegate in attività di badanti, tuttavia, hanno evidenziato come sia difficile potersi rivolgere a tali servizi, a causa del poco tempo libero a disposizione e delle barriere linguistiche. Preferiscono pertanto, attendere i periodi di vacanza nel paese di origine per eseguire esami e controlli medici.

R., ad esempio, afferma:

"Si chiama tutti. Però noi non possiamo andare, ma dobbiamo chiedere permesso, e posso fare, non posso fare. No. C'è signore che è andato, noi grazie a

Dio non è toccato, prima cosa non vogliamo. Seconda che non abbiamo tempo e terzo che è meglio non andare. [...] Preferisco a casa, Ucraina, perché lì posso fare esami tranquilla ho già un mese!" (Intervista a R., ucraina, Pisa, 2017).

A., analogamente, facendo riferimento alle barriere linguistiche ha ribadito:

"Io faccio test a casa mia, e io non voglio ...Perché scusa, quando non capisco niente, capisco un po'!" (Intervista a A. ucraina, Pisa, 2016).

Significativa inoltre, la vicenda di N., la quale ha scoperto che uno dei suoi precedenti datori di lavoro nascondesse le lettere che le arrivavano per gli screening:

"Prima quando anche dopo vacanza quando sono venuta qui, io volevo cambiare vestito da mia signora, volevo cambiare mutande, camicia, nell'armadio sotto mutandi io ho trovato tre lettere, per esame per mammografia. Sì, nascosto e non è prima volta. Sì, anche lì io faccio. Ogni vacanza io faccio tutto, tutti i controlli, perché età già. E qui sempre nascondi. È così!" (Intervista a N., ucraina, Pisa, 2017).

Dalle interviste, in ogni caso, si evince come il ricorso ai servizi nel contesto migratorio si ricollegli, anche alla valutazione del sistema sanitario. S. e Al., ad esempio, che considerano la sanità e la medicina italiana migliori rispetto a quella del paese di origine, eseguono periodicamente esami e controlli, anche per la loro salute femminile.

Al, infatti sostiene:

"Sì...Controllio non qualche volta sempre! Una volta all'anno o una volta ogni due anni... Tutte lettere venivano e io con tutta precisione tutto fatto!" (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2017).

Le immigrate, inoltre, come emerge dalle interviste, possono preferire visite più approfondite rispetto a quelle seguite in Italia. A. ad esempio, sostiene:

"No loro [i medici italiani] fanno queste visite, non è profondo, è così, sopra. Due tre domande e basta! Non basta, non è misurato nemmeno la pressione, mai!" (Intervista ad A., ucraina, Pisa, 2016).

In Ucraina, per altro, la biomedicina si affianca al ricorso a medicine più naturali e a preparati erboristici. La preferenza per approcci medici "tradizionali", per rimedi erboristici, può interferire così, nell'ambito del rapporto di fiducia che si viene a creare nella relazione medica. M., ad esempio che ha un diploma da infermiera, sostiene, pertanto, di "conoscere" le medicine preferendo, qualora sia possibile, ricorrere a rimedi naturali. Afferma, infatti:

"Io sempre dottore nè uguale dottore, dottore buona... l'altra no, buona.... Parla scusa con due parole con persona e arrivederci ... [...] Sì sì io voglio parlare e lui

vai vai lui...Non ha sentito dolore [...] No abbastanza parole per capire [...] Io ho sbagliato qui perché portarmi in ospedale loro arrabbiati, perché non c'è problema grande, non c'è, dopo io sento male...dopo io sento male gola [...] Dopo io comprato antibiotici, sola, senza ricette, lavoro infermiera sempre! [...] Però studia infermiera, e tante cose io lo so anche lavoro con ortopedico... Conosco tutte medicina. Però per me, conosco tutti i dottori come funziona e preferisce penso da sé... Io non credo nessuno! Perché quando dottore bisogna attenta, perché lui detto, questo dottore che adesso conosco, lui detto prendi [...] Conosco tanta, io non voglio prendere questo... perché non c'è tanto dolore per prendere questo! Io non bevo tutto così, detto dottore! Una volta stata, lui scritto quel dolore, per queste medicine bisogna attenta, mangi questa pasticche ...io conosco capito? E lui scrive, frego niente, "vai... vai a casa!" Io pago soldi poi pensata perché io comprata? Antibiotici bisogna attento, io non conosco tanto bene italiano, però capisce medicina, io aprire e leggere tutto, cosa scritto. Perché quando dottore ha detto prendi dieci giorni io ho preso tre giorni e ... Perché poi trovato altra problema. Perché antibiotici anche questa microflora poi trovare qualcos'altro... fegato!" (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016).

In riferimento a possibili pregiudizi, stereotipi o a forme di discriminazione, le percezioni delle immigrate intervistate sono eterogenee, così come i loro punti di vista e possono ricollegarsi alle esperienze vissute in Italia.

S. ad esempio, ha evidenziato che nell'ambito della sua attività di mediazione interculturale le sia capitato, alle volte, di riscontrare atteggiamenti o comportamenti legati a pregiudizi o stereotipi nei confronti delle donne straniere, ribadendo come questi rappresentino, in ogni caso, delle eccezioni. Sostiene a riguardo:

"Ma forse sì, sì da qualche ... qualcosa sicuramente ma talmente passeggero, si vede che persona che si comporta così tanto in difficoltà che non lo prendi in considerazione. Va bene succede non è una regola questa è un'eccezione" (Intervista a S., ucraina, Pisa, 2016).

La maggior parte delle intervistate, comunque non ha riscontrato tali atteggiamenti direttamente, sebbene ne sia venuta a conoscenza dalle esperienze di connazionali, come nel caso di M., che sostiene:

"Io sentito questo, però mi sempre, quando persona buona per lui uguale, o straniera o italiana... dottore è buono per... [...] ... nostro paese dicono questo: dottore è passato Dio... voglio bene per tutti i giorni... quando persona frega niente di gente anche per stranieri, questo non è posto per dottore, io penso... né per dottore questo posto, che frega niente per gente, stranieri scusa!" (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016).

P., invece, ha raccontato come in occasione di una operazione chirurgica si sia imbattuta in un'infermiera che, alludendo alla sua condizione di badante, ha avuto nei suoi confronti un atteggiamento discriminante, sebbene riconosca che si tratti

di un caso unico rispetto al resto del personale medico con la quale si è rapportata.

A riguardo, la donna racconta:

“Si quando fatto operazione Ernia si chiama ... loro chiamato per fare subito operazione ... tutti bravi dottori, infermieri ... Tutti gentili. Poi quando io volevo andare in bagno loro venivano. Solo un’infermiera io ho detto “Aiutami per favore, io cammino da sola... tu solo mani mi tiene.” Lei rispose “Io te non bado!”... Perché sapeva che io badante. Capito? Io dico “Tu non bada ...Tu, questo tuo lavoro, vicino a persone dopo operazione!” Allora io dico “Tu non puoi lavorare qui...Tu no cuore!” E allora io sono andata a bagno da sola e lei andata via E io cascata ... Svenuta! E meno male signora vicino a me chiamato dottore... Poi infermiera venuta e faceva punture e io dicevo “Questo colpa tua che no venuta con me!” Io dicevo “Aiutami, solo due metri!” E lei diceva “Io non bado!” (Intervista a P., ucraina, Pisa, 2017)

K. ritiene che, talvolta, nei confronti delle straniere vi siano atteggiamenti o comportamenti in ambito sanitario diversi, rispetto a quelli che i medici hanno nei riguardi degli italiani. Fa riferimento, infatti, all’episodio di una sua coinquilina, raccontando:

“Non lo conosco persona forse ha fatto così, non so però... In genere certo se è straniera nel senso se la gente ci conoscono, però se è così incontri qualcuno. Certo che straniera è straniera! [...] No per ora le nostre donne non che parlano cioè tanto bene e voglio dire che anche mia inquilina dico lei, sta qui stava con me e sua pressione si è alzata, fortissimo si sentiva malissimo. Il dottore ha chiamato, il dottore non è venuto non voleva venire poi cioè. Si sentiva male perché aveva paura di avere qualcosa al cuore, pressione mi ricordo quanto 200 e qualcosa. Sentiva malissimo. Chiamato, noi aspettavamo tutta la notte, cioè sono arrivati, non volevano nemmeno portare. Però infine, portato perché ha detto “Io non ce la faccio”. Si sentiva malissimo non che era una cosa cioè forse se penso italiana forse era un altro comportamento. Sì, perché cioè anche qui la gente che anch' io cioè nel senso non si sente troppo male ma poi richiamano, sempre spesso stanno a casa. Da noi, invece, stanno fino all' ultimo momento quando c'è proprio...” (Intervista a K., ucraina, Pisa, 2016).

Nella percezione di R., analogamente a K., emerge che la categoria di “straniero” può interferire nella relazione medica, così come nel quotidiano, seppure non abbia riscontrato direttamente episodi legati a pregiudizi o discriminazioni. Sostiene, infatti:

“Noi siamo stranieri sempre! Anche che lavoriamo o non lavoriamo, non dico che non c'è l'hanno rispetto qualcuno c'è l'ha rispetto, io non dico proprio non rispettano [...] però quando tocchi una cosa, l'ha fatto, taglia a gola. [...]” (Intervista a R., ucraina, Pisa, 2016).

Alcune delle immigrate intervistate, invece, hanno ribadito come vi sia la stessa attenzione da parte del personale sanitario sia nei confronti degli italiani che degli stranieri, come Vi. che afferma:

“No, però per esempio come vedo io una volta io sono stata in ospedale dove per esempio arrivati italiani, per cambiare catetere cinque minuti, invece arrivati stranieri indiani, fatti prima coda grande. Prima fanno stranieri indiani forse erano e poi questa persona aspettava dieci ore per cinque minuti cambiare catetere!” (Intervista a Vi., ucraina, Pisa, 2017)

Al., analogamente, in riferimento alle sue esperienze ha ribadito:

“Questi infermieri proprio giovani molto bravi, bravissimi! [...] Bravi con stranieri, bravi con stranieri!” (Intervista ad Al., ucraina, Pisa, 2017).

Per quanto riguarda, infine, la valutazione del sistema sanitario italiano e il confronto con quello del loro paese di origine, gran parte delle intervistate a Pisa riconosce l'importanza del principio universalistico e della possibilità di accedere alle cure gratuitamente. Emblematiche a riguardo le parole di P. che pur avendo riscontrato nella sua esperienza un atteggiamento discriminante da parte di una infermiera, in riferimento al sistema sanitario italiano, sostiene:

“Sì, mi piace sistema italiano... se persona anziana in Italia danno pannolini gratis ... Come bravi voi italiani per questo ... capito? USL danno pannolini, traverse, Se ha bisogno danno letto da usare e poi tornare! Danno carrozzina, materasso... Per me viene lacrime! Bravi italiani per medicina! In Ucraina tutto paga... povere nostre donne anziane! Mi piace, mi piace, solo un'infermiera cattiva... Tutti bravi ...ma solo questa cattiva! Lo sa cosa le dico, che io non vedo differenza, solo per denti in Ucraina se io vado mattina e prendo numero poi scelgo medico e faccio tutto e non paghiamo niente. [...] Anche per me è tutto gratis Solo quando faccio radiografie, ecografie solo dieci euro! [...] Per quanto riguarda dentisti, a livello di attrezzature qui molto meglio, tutto moderno, tecnologico, mentre in Ucraina no! Però comunque qui molto bene, io sto bene e non vedo differenza quindi!” (Intervista a P., ucraina, Pisa, 2017).

La donna a differenza di altre connazionali impiegate come badanti, per altro, fa considerevolmente riferimento ai servizi sanitari del territorio per le sue esigenze. Coloro che hanno sposato un italiano e hanno progetti volti alla stabilizzazione in Italia, possono avere, in riferimento ai servizi sanitari del territorio, percezioni, esperienze e punti di vista differenti rispetto a quelli delle migranti impegnate come badanti che vivono la migrazione come una esperienza transitoria. Emblematica a riguardo la vicenda di S. giunta in Italia per raggiungere sua madre, circa venti anni fa. La donna ha sposato un italiano con il quale ha avuto una bambina, mentre il primo figlio, nato in Ucraina, l'ha raggiunta all'età di undici anni. S., ha pertanto, un progetto migratorio volto alla stabilizzazione, un network sociale rappresentato da italiani e da qualche connazionale e un'attività lavorativa in fase di transizione, che non rientra fra quelle tradizionalmente svolte

da immigrate ucraine, essendo stata impegnata per diversi anni, come mediatrice interculturale. Sostiene di non aver avuto particolari problemi nel rapportarsi ai servizi sanitari, grazie all'ausilio della madre prima e del compagno italiano, successivamente, sebbene in riferimento alle difficoltà ad orientarsi fra essi ribadisca:

“Fino a adesso non ho capito come funziona!” (Intervista a S., ucraina Pisa, 2016).

La donna si rivolge ai servizi pubblici del territorio anche per la sua salute femminile, valutandoli, analogamente a P., in maniera particolarmente positiva. Contrappone, infatti, il servizio sanitario italiano a quello del suo paese di origine, anche per il comportamento e l'atteggiamento del personale sanitario, ribadendo:

“E' tanto differenza, differente dal mio paese però da noi medici si comportano in una maniera che tu gli devi qualcosa. Sempre stato così anche proprio soldi o regali. Sì ma proprio comportamento di persona staccata fredda e questo è giusto non è come in Italia un'infermiera è come tua sorella. Accogliente più amichevole più tutto ma questo notano tutte le persone, perché spesso per lavoro ho incontrato famiglie che sono venuti qua per curare bimbi di diverse malattie del sangue che necessari trapianti di midollo osseo, cioè preparazione lunga, devono essere qua e loro hanno raccontato di comportamento in Ucraina dei medici che manca, manca tutto manca tutto! No là è peggio anche in questo momento che qua abbiamo difficoltà in Italia, ci sono queste difficoltà di donne straniere che proviamo in ucraina è molto peggio terribilmente peggio no no è orrendo talmente orrendo che non si può dire!” (Intervista a S., ucraina Pisa, 2016).

Sv. preserva, inoltre, un ricordo particolarmente positivo del periodo della gravidanza e del parto. La donna per l'attività lavorativa di mediatrice interculturale che ha svolto è a conoscenza delle normative e delle forme di tutela rivolte agli stranieri, a differenza di altre immigrate intervistate, e pur evidenziando alcune criticità dell'assistenza sanitaria italiana, riconosce come attualmente sia prestata maggiore attenzione, rispetto al passato, alle esigenze delle straniere. Afferma a riguardo:

“Sì fantastico! Si sicuramente ci sono cose da migliorare. Ma così, sono piccolezze. No per paziente no magari, per qualcosa di organizzativo ... anche una figura che ti accompagna se c'è un parente se c'è un mediatore già ti senti più sicuro! E' più facile capire o tu capisci male o tu capisci male la parola o c'è qualcosa che non va già valutare è più facile perciò... [...] Ma anche servizio non completo non ti dicono quello che ti dovrebbero dire ti dovrebbero spiegare perché si non è compito di medico sappiamo questa cosa che se non lo chiedi lui pensa che tu non lo vuoi sapere ma tu proprio non hai strumenti di sapere, non ti dice medico che non lo sai.” (Intervista a S., ucraina, Pisa, 2016).

Una opinione più critica del sistema sanitario italiano, invece, è stata riscontrata fra le intervistate che hanno in Italia maggiori difficoltà ad accedere ai servizi. Queste sono rappresentate dalle badanti che hanno problemi in ambito linguistico, economico o lavorativo e preferiscono, pertanto, ricorrere alle cure mediche nel loro paese di origine e da coloro che hanno una idea critica della medicina allopatrica e fanno riferimento, qualora possibile, a rimedi più naturali, come in Ucraina.

Una valutazione particolarmente critica è ad esempio quella di R., che, nel ribadire i limiti dell'assistenza italiana, sostiene:

“Se vuoi fare operazione che deve fare, bisogna mettersi in fila, devi aspettare anche quarant’anni. Se sto male bisogna aspettare mezzo anno per andare a visita di dottore senza pagamento. Ci sono alcuni medici vostri che scrivono solo ricette [...] Ucraina è povera però quando vado a dottore me lo fanno tutti analisi prima di dare medicina. Io venuta a casa mia dopo questo che è successo qua, fatti tutti analisi tutti i tac o pagamento o senza pagamento, perché anche se lo pago lo so che lo fanno giusto, e con questo danno ricetta. Ma qua danno la ricetta guardando così, a se non dorme ti do le gocce! Tu sei sicuro che va bene?” (Intervista a R., ucraina Pisa, 2017).

Emblematica, inoltre, la testimonianza di N. che, pur riconoscendo come in Italia la medicina e il sistema sanitario siano migliori rispetto a quelli del paese di origine, spiega che le ragioni per le quali preferisce rivolgersi a questi ultimi si ricollegano ai costi più vantaggiosi, alla maggiore conoscenza e familiarità dei medici o delle strutture, alle difficoltà legate alla sua condizione occupazionale e ad una esperienza medica in Italia, della quale non ha un ricordo positivo. A riguardo sostiene:

“Sistema medicina qui certo meglio, Italia più progressiva più moderna. Però questo tutto costa soldi! Da noi, anche da noi dottori molto intelligenti, molto onesti, però laboratori qui, anche qui, ho fatto anamnesi con questo carcinoma anche laggiù, qui non potevi o non volevi fare queste cose, hanno detto tutto a posto. Non è possibile tutto a posto se io sento male, seduta al pronto soccorso tutto il giorno, e da me non è venuto nessuno io già faceva così, sulla poltrona, nessuno arrivato.

In Ucraina, voi conosciuti qui, tutti suoi medici, tanti amici qui, io anche conosco laggiù, oggi andata e oggi mi fatto tutto, domani operata, fine settimana sono già a casa. Questa storia qui. [...] Ha detto tutto bene, anche proprio, sai che questi anziani, vene varicose, tutto bene. In vacanza andata a casa, e andata a fare controlli a nostra ospedale, fra due giorni proprio, fai intervento a levare tiroidi. Si era carcinoma, oncologica, quindi ho tolto. [...]. Io ho detto io vado vacanza a casa, sentito se io già ancora un po' e finita la partita, quando aveva queste tiroidi. E così no, se mi bisogni fare analisi, vado a casa, preferisci andare casa!” (Intervista a N., ucraina Pisa, 2016).

➤ *Le donne Intervistate a Napoli*

Dalle interviste condotte alle donne ucraine a Napoli, analogamente al contesto pisano e a indagini precedenti (Tognetti Bordgona, 2009) è stato possibile riscontrare come vi siano maggiori difficoltà a orientarsi fra i servizi sanitari o a far riferimento ad essi, fra coloro che sono inserite nell'ambito delle attività di assistenza e cura, a differenza delle esperienze di immigrate più giovani, impegnate in attività part-time, giunte in Italia per ricongiungersi ai familiari o che hanno ricostituito un nucleo familiare nel contesto migratorio. Queste ultime sono rappresentate, pertanto, da donne che nella categoria delle cosiddette "migranti permanenti" (Vianello, 2009). Le storie, le vicende sono in ogni caso singolari.

La condizione occupazionale di La., ad esempio, che svolge l'attività di badante, non facilita l'accesso ai servizi sanitari del territorio. La donna ha cinquantasette anni ed è in Italia da cinque anni, per aiutare economicamente la sua famiglia, i figli e i nipoti, rimasti in Ucraina. Prima di arrivare a Napoli, dove vive da circa un anno, ha lavorato in altre località della Campania ed in particolare, in costiera amalfitana. La. ha ribadito come le difficoltà di rivolgersi ai servizi sanitari o ai medici, in caso di necessità, si ricolleghino sia alle sue problematiche linguistiche, che alle esigenze di lavoro. Attualmente assistete, infatti, una persona anziana e gravemente inferma, così, pur avendo avuto da poco il permesso di soggiorno, sostiene di non avere tempo per andare a fare la tessera sanitaria, poiché in sua assenza i familiari non possono sostituirla. Afferma infatti:

"Sì, sì, devo avere il permesso e poi vado a fare [la tessera sanitaria]! Questo poi chiedi...Sì ce l'ho, ora perché ho ricevuto un permesso a dicembre e devo fare carta sanitaria, ma non posso ancora andare! [...] Perché lavoro tutti i giorni... Lavoro! La signora ora già più grave, così! I parenti non prendono lei a casa, prima sono venuti, hanno preso ... Ora già lei non può camminare, io sempre sto a casa. Se mia amica sta qua io posso andare. Sì devo andare... Perché questo sempre solo la mattina. Noi abbiamo giorno libero pomeriggio. Se devo fare qualcosa, devo chiedere a qualcuno, così!" (Intervista a La. ucraina, Napoli, 2017).

A causa delle difficoltà in ambito lavorativo La. preferisce approfittare dei periodi di vacanza nel paese di origine, per svolgere visite e controlli, sostenendo:

"Però qua molti problemi. Poi quando vado a casa mia, io faccio tutto a casa mia... esame, tutto [...] Sì preferisco perché c'ho miei dottori che sanno [...] Ogni tanto, ogni anno! Quest'anno stava due mesi a casa! [...] Per me non lo so

preferisco così, come faccio! Meglio sì, perché avevo sempre problema con la lingua! A casa mia più facile spiegare, se qualcosa ... Ma, andavo da dottore, se qualcosa... Però sto molto bene!” (Intervista a La. ucraina, Napoli, 2017).

La donna da quando è in Italia non ha mai fatto controlli per la sua salute femminile, se non al paese di origine. Ribadisce, infatti:

“No, no, faccio una volta l'anno a casa mia, faccio! Qua due o tre volte sono andata da dottore ... No no, da ginecologo no.” (Intervista a La. ucraina, Napoli, 2017).

La vicenda di La., così, è emblematica poiché da essa si evince come dinanzi alle problematiche e alle barriere in contesto migratorio, le migranti possano far riferimento alle risorse, ai network o agli itinerari di cura trans – nazionali per rispondere ai loro bisogni di salute.

Dall'intervista emergono, inoltre, le difficoltà inerenti l'isolamento e la segregazione in cui vivono le immigrate impiegate come badanti, che sacrificano anni della loro vita per sostenere economicamente i propri familiari in Ucraina e possono avere considerevoli difficoltà a conciliare la cura di sé, della propria persona, della propria salute, con l'attività lavorativa. Dalle parole della donna si riscontra, in ogni caso, un senso di gratitudine rispetto alle possibilità offerte dal contesto italiano e a riguardo, sostiene:

“Ma io non avevo il problema mai... Io non lo so... Io sempre dico che noi qua straniera, tutti fanno con noi come italiani, capisci? Io dico sempre dobbiamo dire grazie, perché noi straniere posso andare da dottore, posso andare... Tutto! Avvocato ... E sempre parlano con noi, sempre aiutano noi... E' tutto bene!” (Intervista a La. ucraina, Napoli, 2017).

V., originaria della capitale Ucraina, invece, ha sessant'anni, è in Italia dal 2001 ed è attualmente in possesso di un permesso di soggiorno di lungo periodo. E' arrivata qui per lavorare, poiché in seguito alla crisi economica nel suo paese di origine aveva perso il lavoro. Ha un diploma in ambito economico, è separata e non ha mai avuto figli. Una volta in Italia ha sempre svolto l'attività di assistenza e cura, come “badante”. Non ha mai seguito corsi di lingua italiana e ha cambiato due datori di lavoro. V. attualmente è in cerca di lavoro e vive in provincia di Napoli, nella casa della donna che assisteva, morta da tre anni e con la quale, come si evince dalle sue parole, aveva un bellissimo rapporto. I familiari della sua ex datrice di lavoro, che soggiornano a Roma, infatti, le hanno consentito di restare, fino a quando non venderanno l'abitazione. In tal caso V., se non avrà trovato un'altra occupazione, ritornerà in Ucraina. La donna, così, svolge quando

possibile, lavori temporanei, magari sostituendo amiche o conoscenti nei periodi in cui vanno in vacanza e al momento, pertanto, ha molte difficoltà economiche ed è costretta a considerevoli ristrettezze. Non avendo una retribuzione fissa, risparmia ciò che può per poter pagare le bollette di luce, acqua o gas e in caso di necessità, chiede denaro in prestito ad amiche, per poi restituirlo. Risparmia anche sull'alimentazione. Lo scorso anno ha subito un intervento alle gambe per problemi alle vene e ha pertanto, difficoltà a svolgere attività di lavoro part-time in ambito più propriamente domestico, così preferirebbe lavorare notte e giorno come badante. Dalle sue parole non si evincono considerevoli problemi per accedere ai servizi sanitari se non di carattere economico. Sostiene, inoltre, di non aver avuto mai particolari difficoltà nella relazione con i medici poiché lei stessa si pone nei loro confronti in maniera “tranquilla” e cortese, mai in maniera aggressiva. Racconta, inoltre, di trovarsi molto bene con il suo medico di base, una dottoressa alla quale si rivolge in caso di necessità, sostenendo:

“Mia dottoressa, sempre andare da lei! Bravissima dottoressa vuole bene a lei, carina! [...] Io puoi rispondere così: mia dottoressa, mi trovo molto bene, anche perché vicina a palazzo e c'è questa dottoressa dove abito, abita anche studio, e anche io andata casa lei, me chiamare. Senza problemi, perciò lei è molto brava!” (Intervista a V., ucraina, Napoli, 2017).

V., in ogni caso, ha raccontato come nei primi tempi in Italia, quando non aveva il permesso di soggiorno, si faceva spedire le medicine dall'Ucraina, approfittando del pullman che ogni domenica arrivava dal suo paese e ricorrendo, analogamente a molte connazionali, a strategie di cura transnazionali. Racconta, infatti:

“Primi tempi ogni domenica arriva i nostri pullman e noi comprare medicina quando portare qua. Prima, diciamo come aspirina, perché per andare in farmacia serve ricetta. Dopo quando già presi i documenti già, allora andare dottoressa, dottoressa scrive ricetta e poi andare farmacia! Io sentire Napoli c'è dottore che puoi andare senza documenti.” (Intervista a V., ucraina, Napoli, 2017).

La donna ha usufruito anche dei servizi dell'A.S.L. per la tutela della salute femminile facendo delle mammografie e contrappone la situazione italiana a quella estremamente problematica del suo paese di origine.

Dall'esperienza di V., emerge tutta la drammaticità della sua attuale condizione e si evince come le strategie adottate dalle immigrate per rispondere alle proprie esigenze di salute possano cambiare assieme ai mutamenti inerenti la loro condizione in Italia. Il tempo di permanenza in Italia rappresenta, infatti, come

hanno evidenziato indagini precedenti, una variabile che influisce considerevolmente sulle modalità di accesso ai servizi.

S. invece, ha cinquantadue anni, è divorziata e non ha figli. E' giunta in Italia da circa dieci anni e svolge l'attività di assistenza a tempo pieno. A causa del poco tempo libero a disposizione preferisce, come La., rivolgersi per le cure, a servizi sanitari nel suo paese di origine. In Italia, in caso di necessità, si rivolge, soprattutto, a medici privati. A riguardo afferma:

“Mai andata, mai andata sempre vado a casa! [...] Ma sempre pagavo perché non ho tempo per andare da medico. Sempre pago, però un giorno fanno sempre tutto.” (Intervista a S, ucraina, Napoli, 2017).

S., per altro, è consapevole che le difficoltà linguistiche possano rappresentare per lei una barriera, ma quando è stata costretta a rivolgersi al servizio sanitario italiano non si è sentita soddisfatta. Sostiene, infatti:

“Non mi è piaciuto perché dice “Se vuoi fare questo fai se vuoi fare”... Allora grazie arrivederci e boh non andata più! Andata quando tornata in Ucraina e fatto tutto! (...) No (medico) di A.S.L. perché io abito a Mergellina ... Cardiologo (...) Sì per lingua perché non capisco tutto!” (Intervista a S, ucraina, Napoli, 2017).

La donna, tuttavia, considera il sistema sanitario italiano migliore rispetto quello del suo paese di origine affermando:

“Ma qui medicina più alta come mio paese. Sì. La è paga tutto e anche farmacia paghiamo tutto, le medicine prezzi interi, no sconto come qui farmacie. Qui meglio!” (Intervista a S, ucraina, Napoli, 2017).

S. come La., non si è mai rivolta ad un consultorio ginecologico e non ha mai fatto in Italia controlli per la sua salute di donna, preferendo approfittare delle possibilità offerte dall'assistenza sanitaria nel suo paese di origine. I suoi progetti futuri sono volti al rientro in Ucraina ed a riguardo sostiene:

“Non lo so se possibile se trovo lavoro bene per e non voglio rimanere qui ... diciamo come c'è salute lavoro altrimenti... I genitori!” (Intervista a S, ucraina, Napoli, 2017).

Analogamente al contesto pisano, dalle interviste svolte a Napoli, si evince come il ruolo dei datori di lavoro possa essere di fondamentale importanza nell'ostacolare o viceversa, nel facilitare, i percorsi di salute e l'accesso ai servizi delle immigrate. Le vicende di V. e di La., in tal senso, si contrappongono. Alle

volte come nel caso di Sv., i datori di lavoro possano ostacolare anche i percorsi medici in gravidanza.⁴⁹³

Dalle interviste alle immigrate ucraine a Napoli, inoltre, così come a Pisa, si evince come le reti sul territorio siano di fondamentale importanza per reperire informazioni per accedere ai servizi sanitari. Le immigrate sostengono, infatti, di avere avuto sovente informazioni dai propri connazionali o alle volte, se regolari, dai propri medici di base.

La presenza dei figli nel contesto migratorio, in seguito al ricongiungimento familiare, può rappresentare un incentivo per superare gli ostacoli e le barriere per l'accesso ai servizi del territorio. I percorsi di L., che è separata e rientra nella categoria delle "immigrate permanenti" (Vianello, 2009), in tal senso, sono emblematici. La donna laureata in ingegneria è giunta a Napoli del 2000 lavorando come badante, cosicché dalle sue parole si evince la contraddizione fra la precedente condizione occupazionale e l'attività lavorativa che è stata costretta a svolgere in Italia, oltre alla delusione rispetto alle aspettative iniziali, legate alle difficoltà di realizzare un progetto migratorio che inizialmente, era di breve durata. Dopo aver regolarizzato la sua posizione ha ottenuto il ricongiungimento familiare per sua figlia, che aveva lasciato all'età di cinque anni e che adesso ne ha ventidue anni e frequenta, a Napoli, l'università. Al momento dell'intervista L. era in cerca di una nuova occupazione, in seguito alla morte della donna che assisteva, svolgendo in ogni caso un'attività part-time. L. ha sostenuto di non avere avuto particolari difficoltà ad orientarsi fra i servizi sanitari in Italia, o nella relazione con medici e operatori sanitari e nell'ambito di un'associazione di cui fa parte, costituita da persone provenienti dall'ex Unione Sovietica, denominata "Insieme per il futuro", svolge anche un'attività di mediazione informale per i connazionali. Inizialmente, per la sua condizione di irregolarità, era in possesso di una tessera STP e si rivolgeva sia per lei che per sua figlia al Centro per la Tutela della Salute degli Stranieri presso l'ospedale Ascalesi. L., in ogni caso, ha raccontato come la presenza della sua bambina, giunta in Italia all'età di sette anni, abbia rappresentato per lei una forte spinta a superare le difficoltà iniziali nel rivolgersi ai servizi sul territorio, per ricorrere al pediatra o

⁴⁹³ Si rimanda a riguardo al paragrafo 9.6.

ad altri medici in caso di necessità, e dunque, per integrarsi nel contesto territoriale napoletano.

Emblematiche sono, così, le parole della donna, che in riferimento a come abbia superato le difficoltà iniziali in ambito sanitario, racconta:

“Faccia a faccia, vai chiedi, poi non lo so! Penso che le mamme fanno tutto per salvare sue figlie! Questo ti spinge a comunicare, anche se parli in modo ... con verbi “andare” “passare” “venire”! Con vocabolario! Per proteggere! E’ normale, giusto per proteggere i figli! Poi con le persone che uno dice una parola e così! No a me è stato facile!” (Intervista a L., ucraina, Napoli, 2016).

La., invece, ha ribadito come l’ausilio di una connazionale che la accompagnava alle visite, i primi tempi in Italia, sia stato di fondamentale importanza. A riguardo ricorda:

“Prime volta, cinque anni, quattro anni fa con mia amica. Lei ha detto che fare, dove andare. Sì. Qualcuno sempre aiutava a me!” (Intervista a La, ucraina, Napoli, 2017).

Nel caso di Sv., invece, l’ausilio di una vicina di casa italiana è stato decisivo, al settimo mese di gravidanza per consentirle di accedere ai servizi sanitari e fare la tessera sanitaria. Sv., infatti, ha raccontato:

“Dal ginecologo mi ha portato ... questa vicina di casa, ed ho fatto la tessera sanitaria, ma questo al settimo mese! Ho fatto due visite e sono andata a partorire. (...) Sì io già avevo permesso di soggiorno. Ho avuto medico di base, però giustamente non è che ... la mia vicina quella che mi aiutato mi ha portato dal suo medico visto che quando siamo arrivati dal medico di consultorio ginecologo lui ha detto “No ma io ho detto a questa ragazza ...” Non ha detto a me ha detto alla mamma di datrice di lavoro mio ha detto che stavo in gravidanza a rischio praticamente io dal primo momento ero gravidanza a rischio! Loro mi hanno portato sai com’è?” Non è come fare la visita, come... come fosse a consultarsi perché io dicevo ho mal di pancia sempre! Giustamente stavo sulle scale a lavare i vetri, mi lamentavo che avevo mal di pancia, è normale!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016).

Dalle interviste si evince, in ogni caso, come le donne più giovani possano avere, alle volte, traiettorie migratorie molto diverse rispetto a quelle di età più avanzata. E., A. ed Av., infatti, sono giunte a Napoli, anche se con percorsi differenti, per raggiungere la madre o i genitori. Per queste giovani donne il rapporto con i servizi

sanitari si ricollega soprattutto alla gravidanza, al parto e, in seguito, alle cure dei propri figli.⁴⁹⁴

A., ad esempio, sostiene:

“In realtà io non ho avuto diciamo tanta esperienza in questo campo, a parte il fatto di partorire se mia figlia si ammala o mio figlio si ammala, io vado faccio il ticket, pago come tutti... Non l’ho avuto tanta esperienza con sanità! Italia. Non lo so magari c’è qualche differenza tra noi e rifugiati, non so io vado e pago!” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2017).

E., in particolare è giunta in Italia molto giovane, nel 1999 all’età di ventuno anni, dopo aver terminato gli studi in Ucraina per raggiungere sua madre che lavorava a Napoli. E’ insegnante di pianoforte, così come la madre, la cui presenza è stata fondamentale, sia in ambito lavorativo, che per l’accesso e l’orientamento ai servizi sanitari. Racconta, infatti, come prima della partenza, le avesse già trovato un’attività come baby-sitter e domestica full time, presso una famiglia di Napoli, per la quale ha lavorato molti anni, in maniera regolare, badando alla casa e al figlio più piccolo. E., ha poi, conosciuto alla scuola di lingua italiana organizzata dalla comunità di Sant’Egidio il suo futuro marito, un ragazzo ucraino, dal quale ha avuto una bambina che ha attualmente cinque anni. Il network migratorio e l’ausilio della madre sono stati, decisivi nell’orientarla ai servizi sanitari anche per la gravidanza e il parto. La ragazza, infatti, si è rivolta ad una dottoressa in forma privata, che le aveva indicato sua madre e non ha mai fatto riferimento a un consultorio. A riguardo racconta:

“No, tramite amici diciamo. No perché mia madre aveva una ginecologa, quindi io stava in privato, quindi ho una dottoressa che mi ha seguita dalla a alla z, [...] poi lei lavorava pure dove ho partorito, all’Annunziata” (Intervista a E., ucraina, Napoli, 2016).

Attualmente E., lavora part-time, occupandosi della vendita di prodotti cosmetici alle sue connazionali, per una ditta denominata Oriflame. La sua attività è svolta in parte tramite internet e le consente di conciliare il lavoro con la cura e l’accudimento della sua bambina.

E., come A., afferma di non fare molto riferimento ai servizi sanitari e non ha riscontrato particolari problemi nel rapportarsi ad essi. In caso di necessità si rivolge soprattutto al medico di famiglia o al pediatra, ed ha raccontato di trovarsi bene con i servizi del territorio. Gli unici aspetti negativi che ha individuato fanno

⁴⁹⁴ Per i percorsi inerenti, la gravidanza e il parto si rimanda al paragrafo 9.6.

riferimento alle lunghe attese, alle file e alla necessità di una maggiore pulizia nei reparti pediatrici ai quali ha fatto ricorso, per una emergenza della sua bambina.

“No, diciamo che non è difficile però sempre ci sono queste file, quindi è un casino” sostiene a riguardo. Non ha mai avuto bisogno dell’ausilio di una mediatrice culturale, sebbene ne riconosca l’importanza.

E., in ogni caso, non fa periodicamente controlli per la sua salute femminile e non è mai stata ad un consultorio familiare, sostenendo di preferire la dottoressa alla quale si è rivolta, pagamndo, durante la gravidanza. Afferma in particolare:

“L’ultima volta che ho fatto una visita è stata quattro anni fa. Ti dico la verità, dopo la nascita di mi figlia, ho fatto il controllo! Poi basta! Perché non è che mi piacciono molto i medici!” (Intervista a E., ucraina, Napoli, 2016).

Attualmente il network di E. è rappresentato in prevalenza da connazionali e oltre sua madre vi sono a Napoli altri familiari e alcuni parenti del marito. Emblematico come i progetti e i percorsi delle immigrate intervistate siano estremamente mutevoli, alle volte imprevisti. Il marito di E., infatti, al momento dell’intervista lavorava vicino Venezia, per le difficoltà occupazionali riscontrate a Napoli. E. pertanto, aveva temporaneamente lasciato l’abitazione in affitto che aveva con il marito ubicata nel centro di Napoli per trasferirsi a Caserta appoggiandosi a sua madre. La sua casa, per altro, era particolarmente umida e dunque si era trasferita anche per salvaguardare la salute di sua figlia. In seguito, tuttavia, ha deciso di raggiungere il marito a Venezia e lasciare Napoli, per riunire la famiglia.

A., invece, ha trentasei anni ed è giunta in Italia, per raggiungere sua madre che lavorava a Napoli, tredici anni fa, assieme al marito e al loro bambino di quattro anni, nell’ambito di un progetto migratorio familiare, non comune fra le sue connazionali. In Ucraina avrebbe voluto proseguire gli studi andando all’università, ma per ragioni economiche è stata costretta a rinunciare. E’ venuta a Napoli per lavorare, poiché nel paese di origine non riuscivano a sostenere le spese necessarie per vivere. In Italia, A. ha avuto la sua seconda bambina ma l’esperienza del suo secondo parto si è rilevata particolarmente dolorosa.⁴⁹⁵ Attualmente ha deciso temporaneamente di non lavorare per poter badare alla famiglia e ai bambini. Per orientarsi e avere informazioni sui servizi sanitari in Italia, in ogni caso, analogamente ad E., ha avuto l’ausilio e il sostegno di sua madre, raccontando:

⁴⁹⁵ Si rimanda a riguardo al par. 9.6.

“C’era già mia mamma che parlava benissimo e, magari, mi accompagnava lei. Ma visto che lei dovendo stare a lavoro, non potendo tanto starmi dietro, e quindi ho fatto sempre tutto da sola! Lei mi diceva vai la, quando ero incinta, ma già parlavo bene [...]. Non ho mai trovato nessuna difficoltà, o differenza tra qua e Ucraina, perché non c’è. Diciamo in tutti i paesi non ho mai trovato difficoltà.” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016).

Orientarsi fra i servizi sanitari italiani, così, per lei è stato “facile”, anche perché, racconta, di non aver avuto particolari difficoltà linguistiche, sostenendo *“con la lingua mi è andata molto bene, diciamo che dopo dieci mesi già leggevo i libri!”*. (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

La donna, inoltre, fa riferimento in prevalenza al servizio sanitario nazionale, sebbene sostenga di rivolgersi ad esso raramente. Afferma, infatti:

“Se non c’è bisogno non ci vado, non c’è bisogno! Se è qualcosa vado diciamo, statale! Sì, pago tutto pure medicinali, pago tutto. Sinceramente a volte anche se c’è qualcosa che mi disturba io vado dal mio medico di famiglia, perché non voglio farmi quattro ore per avere gratis ... Così vado direttamente. L’ultima volta quando sono stata da lui è stato tre o quattro anni fa per la patente. Se no non vado!” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016).

Per la sua salute femminile si è rivolta sia per controlli, che nel corso della gravidanza ai servizi dei consultori, con i quali ha raccontato di essersi trovata bene:

“Sì, sì. Pure era vicino al monumento di Garibaldi e c’era pure un ginecologo uomo, nessun problema, non era privato anche per parto. Trovata bene. [...] Sì non posso dire niente, andavo a fare sempre controlli, analisi, mi sono trovata molto bene! Adesso? Ogni tanto vado a fare pap - test. Però vado direttamente [...] se mi serve vado e faccio, sempre pagando di ticket.” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016).

A. inoltre, nonostante l’esperienza negativa legata al parto, contrappone il sistema sanitario italiano a quello ucraino, dove tutto è a pagamento, riconoscendo che il principio universalistico in termini di accesso rappresenta un aspetto particolarmente positivo ed evidenziando come nel suo paese di origine, anche le possibilità di acquistare farmaci siano limitate. Sottolinea, invece, come in Italia, nel corso della gravidanza, pur non avendo il permesso di soggiorno, abbia avuto l’opportunità di fare tutti i controlli necessari. Sostiene infatti:

“A Napoli io quando ero incinta di mia figlia, era tutto gratis, io non ho pagato niente, all’epoca! Adesso sì. Quando ero incinta io non ho pagato niente, solo primo esame di sangue per sapere se ero incinta ho pagato io. Io non ho pagato più niente, quindi secondo me, non poco. [...] Io con tanta sincerità ... se devo andare a fare gli esami in Ucraina, gratis non me li fanno! Non lo so. Diciamo quando io ero incinta di mia figlia, io non avevo permesso di soggiorno all’epoca

e quindi, mi hanno fatto tutti e di più secondo me! Quella STP, quella! [...] Non mi ricordo adesso come si chiamava. Mi hanno fatto tutto controlli, ecografie, tutto quanto, quindi cosa potevano fare di più? Secondo me niente. [...] Sì, a parte il parto che diciamo lì, forse alle volte va male!” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016).

In riferimento all’assistenza sanitaria nel paese di origine A., invece, sostiene:

“Noi, diciamo che non è che siamo il terzo mondo. Purtroppo lì in Ucraina se tu non paghi non puoi avere niente!” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016).

A suo parere, pertanto, i servizi sanitari sul territorio rispondono in maniera adeguata ai bisogni ed alle esigenze delle donne straniere.

A. ed E., sebbene abbiano raggiunto i familiari in Italia già maggiorenni per inserirsi nel mercato del lavoro italiano, potrebbero in parte rientrare in una seconda generazione di immigrati.

Av., invece, a differenza di E e di A., è cresciuta in Italia dove è arrivata assieme alla madre quando aveva dieci anni, per ricongiungersi al padre, che lavorava a Napoli. Al momento dell’intervista ha ventisette anni e fa parte così della seconda generazione di immigrati, sebbene i suoi percorsi siano singolari. Ha infatti frequentato il liceo e una scuola di specializzazione in servizi sociali a Parma per poi sposare un connazionale, dal quale ha avuto due bambini, entrambi nati in Italia che al momento dell’intervista avevano sette e tre anni. Lei e il marito, tuttavia, circa tre anni fa, hanno deciso di tornare nuovamente nel loro paese di origine, per poi rientrare in Italia in seguito al conflitto bellico in corso. Av., così, ha vissuto parte della sua seconda gravidanza in Ucraina, sebbene anche il suo secondo figlio sia nato a Napoli. Per richiedere informazioni in riferimento al servizio sanitario in occasione del parto, essendo irregolare si è rivolta allo sportello dell’A.S.L., ed a riguardo afferma:

“Sempre direttamente a mio dottore, lui mi dice dove devo andare, tutto scrive, scrive!” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2017)

Ha, tuttavia, al momento dell’intervista una tessera STP e ciò non facilita il rapporto con i servizi sanitari del territorio, soprattutto per la difficoltà di avere un pediatra per i suoi bambini, sebbene la normativa preveda che tutti i minori abbiano diritto ad esso. Sostiene, infatti, di aver avuto il pediatra per sei mesi e che alla scadenza della tessera le hanno chiesto di portare tutti i documenti. In

riferimento a ciò, per i suoi figli è costretta a ricorrere al Pronto Soccorso con considerevoli disagi. Racconta, infatti:

“E' un po' strano perché il dottore mio, quello per stranieri, dove ho fatto l' S.T.P., dice la stessa cosa, che i bambini nati qua in Italia hanno diritto al pediatra, dice che posso avere il pediatra... Invece allo sportello, dove fanno la scelta del medico, del pediatra, mi manda sempre indietro, mi dice di portare le carte in regola! No per continuare perché ce l'avevo per sei mesi, perché poi è scaduto ... In realtà mi trovo in difficoltà con bimbi, perché se succede qualcosa, prende la febbre, la tosse, per prendere qualche medicinale, io che medicinale devo dare? Se non posso andare dal pediatra e mi dice “Tu hai tessera scaduta!” Quindi non puoi andare più dal pediatra! ... E quindi non vado più! Vado direttamente al Pronto Soccorso. Pure sono stata stata due giorni fa con mia figlia, che a scuola hanno festeggiato il compleanno di qualche bambino e hanno mangiato la pizzecca, bevuto coca-cola, e poi, dopo questo, ha avuto mal di pancia. L'ho accompagnata al Pronto Soccorso ... Bene tutto bene, mi hanno assistito bene la figlia, hanno controllato, però hanno prescritto fare le gocce, la peretta ... Secondo me dovevano fare lì, diciamo stesso all'ospedale, diciamo la bimba aveva molto mal di pancia. Sono tornata a casa ed erano le due e tutte le farmacie erano chiuse e dovevo aspettare fino alle quattro e mezza, le cinque, per prendere il medicinale per fare a casa! E lei tre ore così!” (Intervista ad Av., ucraina Napoli, 2017).

Av., inoltre, quando era in attesa del suo secondo bambino avrebbe potuto ottenere un permesso di soggiorno per gravidanza, ma avendo l'appuntamento in Questura lo stesso giorno del parto non l'ha più ritirato. Così, racconta:

“Avevo un appuntamento alla Questura di Napoli, lo stesso giorno che andavo a partorire, quindi dopo parto già non ho pensato più a farlo perché poi ho il bambino piccolo! Per andare a fare qualcosa andare sempre io! Perché sono solo io a casa con il piccolino, senza la macchina, perché mio marito andava a lavorare, partiva la mattina e tornava la sera!” (Intervista ad Av., ucraina Napoli, 2017).

La situazione di irregolarità, così, influisce considerevolmente sui suoi percorsi di salute e accesso ai servizi ed a riguardo sostiene:

“No, ho ancora l' S.T.P., però sto prendendo, rinnovando il permesso di soggiorno, quindi appena mi vado a prendere la residenza scelgo il medico!” (Intervista ad Av., ucraina Napoli, 2017).

La ragazza per la sua salute femminile non ha mai fatto riferimento ad un consultorio ginecologico, ma solo ed esclusivamente a medici privati, soprattutto durante la gravidanza. Per lei il sistema sanitario italiano, è “da migliorare”. A differenza di alcune connazionali, infatti, avverte il diverso trattamento, la differente accoglienza riservata agli italiani e agli stranieri, sebbene ciò potrebbe sembrare per certi versi paradossale dal momento che, fra le intervistate Av. è

l'unica che è cresciuta e ha studiato in Italia. Paragonando il vissuto del parto in Ucraina e in Italia, sostiene infatti:

“No uguale [vivere la gravidanza un Ucraina]! Solo che le persone ti trattano meglio! Diciamo, non ho la sensazione che lei mi giudica, che mi dice che sono straniera! Qua invece a volte quando vai a fare qualcosa si sente dalle persone italiane! [...] Anche se vado... andavo a fare la residenza qua al comune, la signora mi disse “Voi stanieri, vivete meglio di noi italiani! “. Io non capisco questo! Perché ogni persona ha il volere di vivere bene! Diciamo uno di voi va, anche per riposare a qualche altro paese, anche lei diventa straniera in quel paese! Nessuno vuole vivere peggio! Perché più grande la persona, diciamo anziana, più cattiva è! Invece adesso più giovani non sono così... forse perché, non lo so!” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2017).

Av. ha per altro, ha riscontrato un episodio di discriminazione in ambito sanitario poiché presso la clinica dove ha partorito la sua prima bambina le hanno richiesto un pagamento ulteriore per la sua condizione di straniera.⁴⁹⁶ Le vicende della giovane donna, così, rimandano ai diritti delle seconde generazioni di immigrati e al dibattito aperto, in riferimento al rinnovo della normativa della cittadinanza e dello “ius soli”. Ci si può a riguardo interrogare sui percorsi e sulle possibilità di integrazione, in relazione a barriere normative e giuridiche.

Emblematico come, nel tempo, anche il suo network sociale sia mutato e sia attualmente rappresentato, per lo più da connazionali a differenza del periodo in cui frequentava la scuola italiana:

“Perché ormai adesso sono sposata, ho la famiglia mio marito, la mia famiglia quando ci stanno le feste, i compleanno stiamo insieme! Prima che non ero sposata avevo più amicizia con gli italiani! Andavo a scuola, uscivo con le amiche.” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2017).

Analogamente ad E. Av. svolge un'attività legata al web marketing, assieme ad alcune sue connazionali, che le consente di avere più tempo libero da poter dedicare ai suoi bambini. Sostiene, infatti:

“Io sto lavorando, un poco sì e un poco no! Sto lavorando su internet, perché abbiamo un negozio on-line ed abbiamo della merce in vendita, anche in rete, anche vendite on-line. Ci sono tanti prodotti, orologi di Svizzera, gioielli di oro e argento, pacchetti di vacanze... Adesso vogliamo fare più pacchetti di vacanze! Posso lavorare anche un paio d'ore al giorno, a casa. Basta avere collegamento a internet!” (Intervista ad Av., ucraina Napoli, 2017).

⁴⁹⁶ Si rimanda a riguardo al paragrafo 9.6.

La donna vorrebbe, in ogni caso, per il futuro, tornare in Ucraina, ma la situazione economica e la guerra in corso rappresentano, al momento un impedimento. A riguardo afferma, infatti:

“Sì un poco dobbiamo sistemare le cose e il tempo che finisce la guerra e vediamo che fare ... Però ho intenzione di tornare, sì! Sì, solo che non bastano i soldi, là lo stipendio è poco, diciamo paragonato con l'Italia! Però io non è che mi lamento che non vivo bene qua, qua mi va bene... Ma manca il paese sì!” (Intervista ad Av, ucraina, Napoli, 2016).

I percorsi migratori di queste donne, così, come si evince dalle interviste corrispondono anche a diverse esperienze in ambito sanitario.

In termini di difficoltà di orientamento, quattro delle immigrate intervistate a Napoli hanno sostenuto come per loro non sia stato difficile orientarsi fra i servizi sanitari italiani, poiché non avevano particolari difficoltà linguistiche o potevano avere l'ausilio di familiari. Ok. a riguardo sostiene come sia stato facile per lei orientarsi fra i servizi del territorio, affermando:

“Facile! Forse difficile per qualche persona che non capiva bene. Perché io già parlava lingua italiana, ogni persona che ha fermato, come si fa questo come si fa quello! Gente gentile, risposto bene. Proprio diceva dove andare cosa devo dire, quando non capiva qualcosa mi scriveva sopra foglio, e così io ho cominciato a parlare, adesso già posso fare tutto da sola!” (Intervista a Ok, ucraina Napoli, 2016).

Av., invece, evidenzia:

“No no, io penso che quelli che sono da poco in Italia allora è difficile andare, invece per chi conosce la lingua è facile!” (Intervista ad Av., ucraina Napoli, 2017).

Sv., in riferimento alle situazioni che ha avuto modo di riscontrare fra le persone che ha seguito allo sportello immigrati del sindacato, sostiene come, a suo parere, sia “*complicato*” orientarsi fra i servizi sanitari Italiani, sebbene non lo sia per lei al momento.

Donne che sono in una situazione di maggiore isolamento, impegnate in attività di assistenza e cura notte e giorno possono avere, invece, come è stato riscontrato anche a Pisa, maggiori difficoltà nel rapportarsi ai servizi del territorio anche legate a questioni comunicative. S. ad esempio, sostiene:

“Difficile. Perché non so dove andare, non so proprio come fare queste cose. Una volta andata ma non piaciuto proprio perché ... Non mi piace. Per italiani fanno

uno, per stranieri fanno altre cose, non fanno bene come fanno per italiani. Distinzioni, discriminante queste cose.” (Intervista a S., ucraina, Napoli).

Dalle interviste, inoltre, si evince come facciano riferimento al servizio sanitario pubblico e al medico di base, soprattutto coloro che, oltre ad essere in una situazione di regolarità, hanno un impiego part - time.

Controlli e visite per la salute femminile, invece, fra le donne intervistate e impegnate in attività di assistenza e cura full-time sono sovente rinviate ed eseguite nel paese di origine. Alle volte, come nel caso di Sv. o di E.. esse sono invece, limitate al periodo antecedente o successivo il parto. Fra le immigrate intervistate a Napoli, in ogni caso, solo Ok., A. ed L. si sono rivolte ai servizi consultoriali, mentre le altre sostengono di preferire medici privati, per questioni legate ai tempi di attesa delle visite e alle possibilità di conciliarle con i ritmi lavorativi. Emblematico, ad esempio che V. e La, non conoscano tali servizi.

Sv., invece, ribadendo la centralità e l'importanza dei consultori, sostiene:

“Consultorio giustamente mando gente! Perché poi sono di riferimento! Invece io dopo seconda gravidanza ... Praticamente io dopo seconda gravidanza, non ho fatto nessuna visita, sono andata solo quando ero incinta terza volta. In verità a me non mi piacciono tanto queste visite ginecologiche! ... Se mi sento bene perché devo andare?” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016).

L. invece, pur essendosi rivolta a tali servizi in passato, in ogni caso preferisce far riferimento a medici privati poiché, spiega:

“La maggior parte per ginecologo sempre privato. Quando paghi fai più veloce. Sì e come sono andata al consultorio! Indirizzata da compaesane. Sì è normale. Menomale c'è tutto il servizio completo ti fanno! No no, va beh comunque, se ci sono progetti a Napoli, che conosco ... Napoli ci sono progetti che ti scrivono con lettere a tua altezza che c'è pap-test, c'è periodo che fanno mammografie gratis o ti fanno consultorio per senologo. Non ci sono problemi!” (Intervista a L., ucraina, Napoli, 2016).

Quasi tutte le intervistate, inoltre, hanno sostenuto che non vi siano state per loro particolari difficoltà con medici e operatori sanitari. I problemi relazionali possono ricollegarsi, soprattutto, a barriere linguistiche, come nel caso di La. che afferma:

“Il problema c'è quando noi non capiamo e non possiamo spiegare.” (Intervista a La., ucraina Napoli, 2017)

Vi è, poi, alle volte un riscontro positivo della relazione con medici e operatori sanitari, come nel caso di Ok. che sostiene

“No, no. Va beh pediatra già... La bambina ora è cresciuta, ormai è grande! Si è logico! Buoni e cattivi ce n'è per tutto il mondo ed è normale no, però maggior parte tutti persone che va bene! No, una volta è venuta troppo male di testa, svegliata la mattina e cominciato a vomitare. Qualcosa qui in testa, ho pensato che pressione alzata, andata dal mio medico lui mia ha mandato a piazza Cavour, Sanità, ospedale San Paolo, no San Giovanni, San Giuseppe, non mi ricordo... Andata là comportato troppo bene, controllata tutta la testa, tutto. Controllato bene, diceva che devo fare, non devo fare quasi niente, che devo stare più tranquilla!” (Intervista a Ok, ucraina, Napoli, 2016).

Le immigrate ucraine intervistate a Napoli, come a Pisa, inoltre, si recano alle visite da sole, sebbene quasi tutte ritengono che un ausilio in termini di mediazione interculturale sarebbe di fondamentale importanza.

S., ad esempio, pur essendo in Italia da dodici anni è consapevole di avere considerevoli difficoltà linguistiche, cosicché a suo parere un aiuto, in tal senso, potrebbe essere importante. Sostiene infatti:

“Per noi forse se abbiamo qualche centro e c'è nostre persone che parla russo o ucraino meglio! Anche io sono qui da dodici anni ma non parlo bene perché non ho tempo per studiare!” (Intervista a Ok., Ucraina, Napoli, 2016).

La maggior parte delle immigrate intervistate, inoltre, sostiene di non aver riscontrato direttamente episodi di discriminazione, pregiudizi, o stereotipi in ambito medico, pur essendone a conoscenza dalle esperienze di connazionali. Emerge invece, dalle parole di alcune donne la percezione di essere considerate sempre “straniere” analogamente ad alcune immigrate intervistate a Pisa.

V. a riguardo ha evidenziato come preservare un atteggiamento gentile le abbia consentito nell'ambito della relazione medica, di non aver particolari problemi e dalle sue parole si evince come ciò si ricollegli alla consapevolezza di essere “ospiti”, di non essere nella “propria terra”. La donna, infatti, a riguardo ribadisce:

“Dove andare se medico, non so dove ancora poi, sempre con me tutti gentile perché, non lo so, devo dire, io brava eh ma con me tutti bene! [...] Sì, mia amica, se può parlare con mia amica, ma lei è più aggressiva, che io, perciò... Io no aggressiva, lei... perciò lei mi diceva questi problemi. Io risolvere sempre stai tranquilla, lei sempre gridare, non come gridare, nervosa. Noi sta qua, lavori... Io mai dire questo perché, io rispondere così, nessuno noi aspettare qua, Italia, non lo so Portogallo, Spagna... Noi arrivati perché noi volere andare a lavorare e bisogno pochissimo più tranquillo! Questa non è nostra terra diciamo, non è nostra abitudine, non è nostra lingua, bisogna un po' più tranquilli, più gentili! Io sempre ricordo mia situazione, il mio status, che io sta qua. Scusate se lei capirmi bene.” (Intervista a V., ucraina, Napoli, 2017.)

Sono, in ogni caso, significative le parole della donna quando afferma:

“Con vostri più bene, invece con noi stranieri ... tutto chiaro! [...] Ma non puoi cambiare carattere ... i vostri dottori, anche come guardare vostri dottori noi, non puoi cambiare.” (Intervista a V., ucraina, Napoli, 2017).

V., ha comunque, una opinione positiva del sistema sanitario italiano.

Emblematiche, sono, inoltre le parole di L. che, in riferimento a pregiudizi e stereotipi, sostiene:

“Grosso modo posso dire di no [di non aver mai riscontrato episodi legati a pregiudizi e stereotipi] ... Sì è capitato, anche perché, forse uno ti guarda come per dire “Eh e che fai qua?” Ma aggressivo no! Anzi a me è capitato che tutti mi cercano. Vedono se tu parli male, nel senso che non riesci a parlare, spiegare bene e ora secondo me parlo un po’ meglio no? È quando tu non parli, loro ti guardano la bocca dice “Cosa vuoi dire?” ... No, penso che è il grosso modo no! Non voglio fare complimenti a nessuno. Però voglio dire che cose cattive dici “Va beh e questa è così!” E’ inutile prendere ... Sì qualche volta ti viene il dispiacere esaurimento ...” (Intervista a L. ucraina, Napoli, 2016).

Particolarmente significative, invece, sono in questo ambito le esperienze di Ok. e di Av. che hanno riscontrato in occasione del parto episodi discriminati legati alla loro condizione di “straniere”. In occasione del parto, nel corso del travaglio, infatti, il personale sanitario le ha chiesto di andare in camera a prendere il suo permesso di soggiorno. La donna, così, racconta:

“All’ospedale tutto a posto, controlli tutto a posto sempre. Non posso dire che qualcosa va male! Unica cosa che non mi è piaciuto è che prima che partorita, già cominciato a uscire bambino diciamo, e loro ha detto “fa vedere permesso di soggiorno!” io con tutto il male che avevo già ogni tre minuti tornata mia stanza preso carta d’identità, permesso di soggiorno, codice fiscale e mi ha fatto entrare. Questa unica cosa che non mi è piaciuta! Poi da parto io uscita in piedi non mi ha portato a mia stanza. Hanno detto come ti senti? Io ho detto “Eh così, così!” perché naturale sempre più facile da cesareo. E loro “Ce la fai ad andare in piedi?” Mio marito è stato vicino ho detto “Sì faccio compagnia!” E loro ha detto “Eh allora vattene!” Unica cosa che un po’ lo sai che ... Il mio bambino è già quasi uscito e loro ha detto portare tutti i documenti” (Intervista a Ok., ucraina, Napoli, 2016).

Av., invece, ha raccontato come presso l’ospedale dove ha partito la sua prima bambina, la ginecologa le abbia richiesto, analogamente a come faceva con altre donne immigrate, il versamento di una quota aggiuntiva per il parto, che lei per il timore non ricevere le attenzioni necessarie, ha versato, anche se solo parzialmente. A riguardo afferma:

“Sì mi è capitato! (...) C’era anche una dottoressa, quella che ho partorito con la prima figlia da lei, prima figlia... Lei si prendeva i soldi anche se non doveva prendere quei soldi, lei, diciamo prende lo stipendio dallo stato. Perché io ho

partorito all'ospedale pubblico, però lei dagli stranieri voleva anche i soldi! (...)” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2016).

In riferimento alla valutazione del sistema sanitario italiano, a Napoli così come a Pisa, la maggior parte delle intervistate considera positivamente le possibilità di accesso universalistiche ai servizi ritenendo, il più delle volte, che questi rispondano in maniera adeguata ai bisogni delle donne immigrate. La percezione positiva o negativa espressa del sistema sanitario italiano, in ogni caso, oltre che dalle difficoltà esperite dalle immigrate, può ricollegarsi anche ad altri innumerevoli fattori, fra cui le condizioni generali in Italia.

Emblematiche sono a riguardo le parole di L., che ribadisce:

“Si c'è sempre da migliorare! No sai perché a questo punto Perché secondo me noi donne siamo sempre trascurate! Sempre! Non faccio differenza! Per trovare qualsiasi medico per noi donne proprio! Per esempio un buon ginecologo uomo si bravo! Bravissimo! Ma ad un certo momento cosa lui può capire? Cosa lui può capire?” (Intervista a L. Ucraina, Napoli, 2016)

Alcune intervistate, in ogni caso, hanno evidenziato come i servizi sanitari del territorio possano essere migliorati, prestando una maggiore attenzione alle donne straniere e alla dimensione comunicativa o come nel caso di Av. facendo in modo che non vi siano trattamenti diseguali fra italiani e stranieri. Av., infatti, sostiene:

“Tutto dipende dalle persone, se una persona fa la differenza fra italiani o stranieri, anche se c'è la legge che si può fare qualcosa per gli stranieri, la persona cerca sempre di non fare, diciamo... di non dare! Diciamo chi capisce le altre persone ti aiuta di sicuro!” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2017).

Emblematiche, inoltre, le parole di Sv. che, avanza delle osservazioni sia in riferimento all'approccio medico che in relazione alle iniziative volte a facilitare l'utenza straniera in difficoltà, affermando:

“Meglio [il sistema sanitario italiano] Però... meglio non rivolgersi proprio! Allora diciamo che meglio in senso qual è? Ci sono macchinari più buoni, sono metodi ... diciamo... allora noi stranieri ci rivolgiamo in ospedale raramente! Quando già stai in crollo totale! In questa cosa l'ospedale è perfetto! Perché qua ti bombardano subito ti mettono in piedi! Però questa cosa non significa che è una buona cura! Quindi io considero che è migliore però...[...] All'ospedale Ascalesi c'è un ambulatorio per stranieri. Questi ambulatori dovrebbero essere in tutti gli ospedali! La c'è presenza di mediatori, che aiutano a organizzare, a capire a tanti stranieri come funziona sistema sanitario! Praticamente c'è presso Prefettura, quando prendono il primo nulla osta permessi di soggiorno sanatoria, loro fanno una specie di brochure, facendo conto a qualche progetto europeo! Però non serve così tanto come consultorio. Quello pratico che dice cosa fare! Prefettura ti dà brochure in lingua però non serve così tanto, perché prendi il

libro buttalo in una stanza magari è difficile invece se c'è il mediatore puoi chiedere!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016).

In conclusione dalle interviste condotte alle immigrate ucraine sono state riscontrate innumerevoli difficoltà per l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari, sia a Napoli che a Pisa. E' possibile confermare, inoltre, come hanno riscontrato precedenti indagini, il ruolo fondamentale svolto, in questo ambito, dalle reti sociali e familiari, dai datori di lavoro e dalle condizioni occupazionali. Sono emerse, poi, considerevoli differenze fra coloro che, in Italia, sono inserite in percorsi di stabilizzazione, hanno un nucleo familiare e svolgono attività part – time (legate all'ambito domestico, all'assistenza o più raramente, ad altri settori occupazionali) e le donne che, invece, rientrano nella cosiddetta categoria delle “migranti in transito”, impiegate quali “badanti” full-time. Queste ultime, anche quando sono in una condizione di regolarità giuridica e lavorativa, hanno maggiori difficoltà a rivolgersi ai servizi e possono ricercare soluzioni autonome di cura o far riferimento a reti transnazionali.⁴⁹⁷ Emblematico come vi siano donne che hanno sostenuto di non rivolgersi quasi mai ai medici nel contesto migratorio, preferendo approfittare dei periodi di vacanza nel paese di origine. L'accesso e la fruizione ai servizi sanitari, così, possono essere considerate dimensioni che si ricollegano ai percorsi di integrazione delle immigrate sul territorio. Vi è, per altro, fra coloro che versano in una condizione di irregolarità, la percezione di considerevoli barriere, anche in situazioni di urgenza e necessità, che dovrebbero essere tutelate da un punto di vista normativo. Le reti sociali, in tal senso, possono veicolare informazioni non del tutto corrette, alimentando le paure, così come è stato riscontrato fra le immigrate che si riuniscono in Piazza Vittorio a Pisa, in riferimento alle possibilità offerte dalla normativa italiana di poter accedere ai servizi sanitari in situazioni di irregolarità. E' stato, poi, possibile rilevare come i rapporti con il servizio sanitario possano essere influenzati anche dalla preferenza per approcci medici “tradizionali” diffusi nel paese di origine o dalla valutazione del sistema sanitario italiano. Gran parte delle intervistate, infatti, considera in maniera positiva le possibilità offerte dai principi universalistici della sanità in Italia, sebbene ne riconosca i limiti e le criticità. Un atteggiamento più critico, tuttavia, è stato rilevato fra le donne che hanno

⁴⁹⁷ Si rimanda per approfondimenti a riguardo al paragrafo 9.7.

maggiori difficoltà ad accedere ai servizi e preferiscono far riferimento a quelli del paese di origine (anche a pagamento) o ad approcci medici più naturali.

Sono emersi inoltre, nel corso delle interviste alcuni episodi legati a pregiudizi o stereotipi fra le immigrate intervistate, considerati, in ogni caso, eventi sporadici ed eccezionali. Vi è, poi, talora la percezione di essere considerate sempre e comunque “straniere”, che si ricollega alle esperienze personali e ai percorsi di integrazione.

Una differenza fra i due contesti di indagine attiene al fatto che le donne intervistate a Pisa, che ricevono periodicamente lettere di invito ad eseguire screening e controlli dall’ ASL fanno ricorso per la loro salute femminile, ai servizi territoriali e ai consultori, mentre a Napoli preferiscono rivolgersi a medici privati. Molto dipende, in ogni caso, dalle condizioni occupazionali delle donne e dalla loro percezione del sistema sanitario, che possono ostacolare considerevolmente in entrambi i contesti di indagine, le possibilità offerte dai servizi sanitari pubblici. Alcune delle immigrate intervistate, così, impiegate come badanti, pur ricevendo periodicamente le lettere dall’ A.S.L. non si rivolgono ai consultori del territorio.

9.5.2 - Le immigrate filippine e il ruolo delle reti comunitarie

Dalle interviste condotte alle immigrate filippine a Napoli e a Pisa si evince come i principali problemi inerenti l’accesso ai servizi sanitari si ricolleghino, analogamente alle donne ucraine, a questioni linguistiche, alla regolarità del soggiorno i primi tempi in Italia, alla carenza di informazioni o al poco tempo a disposizione, per le condizioni lavorative in cui versano. La percezione delle difficoltà ad orientarsi fra i servizi del territorio, in ogni caso, può ricollegarsi alle molteplici traiettorie dei percorsi migratori e alla possibilità di avere un ausilio in tal senso. Il network rappresentato da familiari o connazionali può consentire, infatti, alle immigrate di superare le difficoltà ad orientarsi in ambito sanitario nei primi tempi in Italia.

➤ *Le donne intervistate a Napoli*

In riferimento alle difficoltà nel rivolgersi ai servizi sanitari, fra le immigrate filippine a Napoli, sono significative le parole di P., che è in Italia dal '92 ed è presidente di una delle associazioni presenti nella città. La donna svolge, sovente, un'attività di "mediazione informale" in ambito sanitario, coì, in riferimento alla sua esperienza sostiene:

"Sì la difficoltà, prima ho avuto. Ho avuto la difficoltà per la lingua perché per esempio io mi sento qualcosa nella mia essenza e non lo so come spiegare al medico in inglese e non lo so nemmeno come spiegare in Italiano prima. Poi man mano man mano...Ora cerco di aiutare le persone che hanno bisogno [...] Adesso rispetto a prima, anche se con difficoltà lo so già dove andare. Prima è difficile [...] Per le persone che vengono è molto difficile. Ora vedo anche mio genero non ha avuto ancora carta... perché c'è burocrazia! [...] Il comune blocca qua e blocca là come si fa?" (Intervista a P. filippina, Napoli, 2017)⁴⁹⁸

I primi tempi in Italia, inoltre, le difficoltà ad accedere ai servizi possono ricollegarsi a situazioni di irregolarità per il soggiorno, come ha evidenziato P. ribadisce:

"Perché prima non ho il permesso di soggiorno e allora non puoi avere... Eh vado in farmacia a chiedere da sola. Perché poi c'è anche farmacia che parlano inglese e allora "Che ti senti?" "Eh mi sento così!" E un gesto, una parola e loro capiscono. Però fortunatamente non è mai... c'è stato bisogno raramente. Non sempre per fortuna." (Intervista a P., filippina, Napoli, 2017)

F. analogamente a P., sostiene come abbia riscontrato delle difficoltà a rivolgersi ai servizi sanitari soprattutto nei momenti iniziali, per problemi linguistici e per la carenza di informazioni. La donna che ha cinquantasei anni ed è in possesso di una laurea e di una specializzazione in economia è giunta a Napoli nel 1984, richiamata da sua sorella, per sostenere economicamente la sua famiglia. E' sposata con un suo connazionale dal quale ha avuto tre figli, nati a Napoli, che al momento dell'intervista hanno undici, ventuno e ventisette anni. In riferimento ai problemi in ambito sanitario relativi ai primi tempi in Italia, afferma, infatti:

"Sì, qualche volta, all'inizio [vi sono state difficoltà]. No, adesso no, perché sai già come si fa! All'inizio difficile, perché la lingua è difficile parlare! Anche per mancanza di informazioni." (Intervista a F, filippina, Napoli, 2016)

⁴⁹⁸ L'intervista a P. si svolge in diversi momenti: quale informatrice privilegiata nel 2015, in merito alla sua esperienza personale nel 2017.

La donna, inoltre, ha ribadito come attualmente non sia sempre facile orientarsi fra i servizi del territorio, sostenendo:

“Eh qualche volta difficile, qualche volta facile. Difficoltà perché la lingua è difficile!” (Intervista a F, filippina, Napoli, 2016).

Alle visite, pertanto, preferisce essere accompagnata dal marito e da suo cognato che parla bene la lingua italiana. Le esperienze, i percorsi delle immigrate possono essere, in ogni caso, diversificati.

Ma. ad esempio, ha trentadue anni ed è giunta a Napoli undici anni fa, dove ha raggiunto alcune zie. Attualmente convive, in una casa in affitto, con un suo connazionale e il loro bambino, che ha sette anni ed è nato in Italia. A suo parere è difficile orientarsi fra i servizi sanitari del territorio e rivolgersi ad essi e ciò si ricollega alla carenza di informazioni, ma anche alle difficoltà a raggiungere le strutture con i mezzi pubblici. Sostiene, infatti:

“Difficile. Perché troppo complicato e poi non abbiamo capito bene! [...] Mancanza di informazioni perché io lavoro sempre! Per la lingua difficile prima, adesso no. Anche ho poco tempo, per il lavoro. In Filippine è molto diverso!” (Intervista a Ma. filippina, Napoli, 2016)

Ma., svolge, un’attività in ambito domestico lavorando dieci ore al giorno, dal lunedì al sabato e preferisce, pertanto, far riferimento a medici privati per la sua salute, sia per le difficoltà in ambito lavorativo, che per questioni di tempo. Per suo figlio invece, si rivolge, all’ A.S.L. e al pediatra di base.

Dalle interviste alle immigrate filippine a Napoli si evince come per ottenere informazioni e accedere ai servizi sanitari sia di fondamentale importanza il ruolo svolto da familiari e connazionali, ma anche quello dei datori di lavoro che possono indirizzare le donne, facendo riferimento alle loro reti, come hanno ribadito P., B., ed M.

P. afferma, ad esempio, come l’ausilio dei datori di lavoro, con i quali poteva inizialmente comunicare in lingua inglese i primi tempi che era in Italia, sia stato per lei determinante, sostenendo:

“Perché i miei primi datori di lavoro sono due medici, sì ospedale Gemelli a Roma poi con loro noi parliamo inglese e allora si capisce meglio. Poi lì è come una famiglia proprio! (Intervista a P., filippina, Napoli, 2016)

B., invece, ha 44 anni e dopo una esperienza migratoria in Giappone, è giunta a Napoli nel 2006, dove vive in un’abitazione in affitto con la sua bambina di sette anni, nata in Italia, e sua sorella. La donna avverte considerevoli difficoltà in

ambito linguistico, così, ha raccontato come il suo datore di lavoro e quello della sorella, abbiano contribuito considerevolmente ad indirizzarla in ambito medico. Sostiene, pertanto, come sia stato per lei “abbastanza facile” orientarsi fra i servizi del territorio. B., analogamente a M., lavora con lo stesso datore di lavoro da quando è arrivata a Napoli, svolgendo un’attività part-time che le consente di poter badare a suo figlio. Si rivolge poco, in ogni caso, ai servizi pubblici, preferendo far riferimento eventualmente a medici privati o a rimedi naturali, particolarmente diffusi nel paese di origine.

A causa delle barriere linguistiche, inoltre, B. afferma di preferire il sistema sanitario del suo paese di origine, rilevando come quello italiano potrebbe essere migliorato per le donne straniere, attraverso ulteriori meccanismi volti a facilitare la comunicazione.

M. che è in Italia dal 1990, a sua volta, sostiene di non aver mai avuto particolari problemi nel rivolgersi ai servizi sanitari, grazie all’ ausilio del datore di lavoro. Racconta, infatti:

“No il problema, no ancora. Non ho mai avuto problema, perché il medico che sta incaricato da me è conoscenza della mia signora, quindi se qualche volta è che non mi sento bene o cosa, allora vado direttamente a lui e dà direttamente consiglio” (Intervista a M. filippina, Napoli, 2016)

M. svolge un’attività domestica full-time, alloggiando, assieme al marito e ai suoi figli, in una dependance messa a disposizione dai suoi datori di lavoro, ritenendosi per questo, fortunata. Ha quarantasei anni e ha deciso di emigrare in Italia a causa delle scarse opportunità di lavoro nelle Filippine, quando era molto giovane, recandosi inizialmente a Roma, dove vi era una cugina. Proviene, infatti, da una famiglia contadina delle regioni del Nord delle Filippine, Ilocos e in riferimento alla situazione nel paese di origine, racconta:

“Il lavoro è un po’ difficile, vedere il lavoro. Quindi poi là sempre soldi poco, diciamo. Neanche tu finisci gli studi come il college, la università, e non trovi lavoro. Ho scelto di venire qui che c’è la opportunità, c’è mia cugina a Roma che mi hanno dato una mano per venire qua. Come i soldi. Mi hanno dato i soldi, prestato i soldi, diciamo così, per venire qui. Poi quando sono arrivata qui, piano piano il debito che hanno fatto per prestare a me, per venire qua, ogni mese pago a loro, quando ho trovato il lavoro. E, poi, quando ho pagato tutto, inizio di guadagnare un poco per mia mamma e mio papà, dare una mano per i miei genitori lì, che sempre la vita è un po’ difficile, rispetto di qua. Poi mestiere è proprio così. Quando vieni qua sempre dare una mano ai genitori che stanno lì, perché la vita lì è difficile, lavorano come “farmer”. (Intervista a M. Filippina, Napoli, 2016)

M. si trasferisce quindi a Napoli, per le difficoltà occupazionali che aveva a Roma, richiamata da alcuni cugini:

“Dopo non trovo il lavoro là, a Roma, che loro non volevano accettare adesso che io sono piccola. Poi altri cugini mio qua a Napoli mi hanno dato una mano a vedere un lavoro. Me poi rimasto sempre qua poi!” (Intervista a M. Filippina, Napoli,

La donna ha, in seguito, sposato un connazionale ed hanno avuto due figli che attualmente hanno undici e diciotto anni. Da ventiquattro anni lavora con gli stessi datori di lavoro che considera alla stregua dei suoi genitori, affermando:

“I datori di lavoro hanno dato una casetta per noi a parte. Che stiamo sempre nella casetta. E c’è il lavoro da parte. C’è la villa che lavoro lì. E poi quando finisco di lavorare la sera vengo qua nella casetta. [...] Loro sono brave persone, la mia signora ringrazio a Dio sono brave persone. Mio bambino trattano come figli. Allora io non ho mai problemi. Sono come nostri nonni o come nostre mamme, allora dicono continuamente le cose. Normale! Perché io ormai non ce l’ho più i genitori e lei è il mio genitore qua!” (Intervista a M. Filippina, Napoli, 2016)

Per avere informazioni o per orientarsi fra i servizi del territorio, così, si rivolge al medico di base al quale è stata indirizzata dal datore di lavoro e a riguardo sostiene:

“Chiedo sempre mio medico. Però avendo undici anni mio figlio non ho mai andato più a fare generale controllo, volevo fare, solo che non ce l’ho ancora il tempo per andare. [...] Vado sempre al mio medico prima. Prima di andare. Perché preferisco che lui dice qual è dottore migliore che posso andare, invece di andare direttamente all’ospedale, perché non si sa... Ho paura perché sentendo il telegiornale [...] stanno succedendo un sacco di cose che non. Tipo il dottore a Milano che hanno.... [...] Non hai medico privato, sempre pubblico però sono bravi!” (Intervista a M. Filippina, Napoli, 2016)

Il rapporto con i medici non è stato per lei particolarmente problematico poiché, sostiene di aver imparato presto la lingua italiana, dal momento che, inizialmente, lavorava come baby sitter, sebbene preferisca farsi accompagnare alle visite sempre da suo marito.⁴⁹⁹ A riguardo ricorda:

“No, lingua no. Ho imparato quasi subito italiano. Perché all’inizio quando io stavo lavorando quando sono ancora ragazza qua appena arrivato ho lavorato con una famiglia con due bambini piccoli, quindi ho imparato a loro a parlare. Allora ho imparato subito. Quindi il problema di lingue non ho mai avuto problema.” (Intervista a M., Filippina, Napoli, 2016)

⁴⁹⁹ E’ opinione diffusa fra le immigrate filippine che quando si inizia a lavorare come baby - sitter si apprenda la lingua italiana più rapidamente poiché i bambini correggono i loro errori (Greco 2004)

Le donne filippine, inoltre, essendo per la maggior parte in regola con il permesso di soggiorno, possono fare ricorso facilmente, come M. al proprio medico di base che può indirizzarle ed orientarle.

Z., analogamente a M. afferma, *“Io c’ho un medico di base. Quando io c’ho problema vado là e lui scrive”* (Intervista a Z, filippina, Napoli, 2016)

Sono poche, in ogni caso, fra le immigrate intervistate coloro che si sono rivolte per la loro salute femminile ad un consultorio ginecologico e alcune di esse non conoscono tali servizi, pur essendo in Italia da molti anni come Z. Ciò rispecchia, così, le statistiche in ambito sanitario.⁵⁰⁰ Emblematiche a riguardo le parole di Z., che afferma *“Che vuoi dire consultorio?”* (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2016)

Le donne intervistate, infatti, il più delle volte, hanno ribadito come preferiscano far riferimento a ginecologi privati, alle volte indirizzate dai propri datori di lavoro, per ragioni legate alla carenza di tempo a disposizione.

Ma., ad esempio, sostiene di conoscere i consultori ma di non essersi mai recata a tali servizi preferendo, piuttosto, rivolgersi a medici privati per la difficoltà di conciliare i tempi e i ritmi di lavoro con le visite mediche. A riguardo afferma:

“No io mai. Sì io conosco, ma quello devi prima sempre chiamare prenotare e per me che io lavoro è difficile. Vado dal medico privato. Mi hanno indirizzato familiari e il datore di lavoro.” (Intervista a Ma. filippina, Napoli, 2016)

L., che è in Italia dal 1986 ed è sposata a un italiano, analogamente a Ma. non si è mai rivolta ai servizi consultoriali, sostenendo:

“Qualche volta quando vado dal ginecologo vado sempre da privato...Eh perché non voglio aspettare!” (Intervista a L. filippina, Napoli, 2016)

Emblematica inoltre, la vicenda di I. che, invece, si è rivolta ai consultori per la sua prima gravidanza, ma a causa delle difficoltà di conciliare il lavoro con le visite e le analisi, per la sua seconda gravidanza ha preferito farsi indirizzare dal datore di lavoro a un medico privato. Racconta, infatti:

“Quindi quando partorito la mia seconda figlia, la mia signora mi ha aiutato di andare da suo amico... Privato! Però diciamo non è che è facile, perché si paga di più! Però la comodità diciamo!” (Intervista a I., filippina, Napoli, 2016)

⁵⁰⁰ Dai dati inerenti gli accessi di donne straniere ai consultori dell’ASL Napoli 1 si evince come le immigrate filippine facciano poco riferimento ad essi per screening o per IVG. Si rimanda riguardo al par. 9.3.1.

P. invece, la presidente della comunità filippina, ha la tessera del consultorio e indirizza ai servizi anche le sue figlie. A riguardo afferma:

“Sì al consultorio. Io tengo proprio la carta di consultorio. Io mando sempre anche mia figlia quando c'è bisogno, quando loro incinta o dopo parto per una visita. E' importante il pap – test. Il seno. Quando senti dicono proprio oggi se sento pesante dovete fare non solo ecografia anche la radiografia per approfondire le cose ... è importante.” (Intervista a P., filippina, Napoli, 2017)

Le difficoltà nel rapporto con medici e operatori sanitari, come si evince dalle interviste, possono far riferimento soprattutto a problematiche comunicative e linguistiche i primi tempi in Italia.

A riguardo P. sostiene:

“No ... Va beh sempre all' inizio perché poi questa lingua italiana ... E' bella però è difficile capire perché sono tanti verbi!” (Intervista a P., filippina, Napoli, 2017)

La donna, analogamente alle altre connazionali, ribadisce come pur essendo in Italia da molti anni preferisca essere accompagnata alle visite da suo marito, italiano, sebbene attualmente, per il suo ruolo di presidente della comunità filippina e per la sua lunga esperienza in Italia è spesso contattata dai connazionali per attività volontarie di mediazione “informale”, in ambito medico, così come avviene alla presidente della comunità filippina cattolica pisana.

Gran parte delle donne filippine intervistate, in ogni caso, a differenza delle immigrate ucraine preferisce recarsi alle visite accompagnate da connazionali o dai propri mariti e compagni. I network comunitari e familiari svolgono, infatti, una considerevole importanza, per superare anche le barriere linguistiche.

Le immigrate intervistate, inoltre, non hanno riscontrato forme di pregiudizio e di discriminazione dirette, seppure sostengano di averne sentito parlare. M., ad esempio, afferma:

“Quello che mi ricordava, niente. Ho trovato solo le persone belle diciamo. Alcuni miei parenti qua diciamo che loro, dicono che il dottore non è tanto gentile. Ma a me non è mai successa questa cosa qua.” (Intervista a M., Filippina, Napoli, 2016)

P. invece, nel corso delle sue attività di mediazione informale, ha avuto modo di imbattersi in “battute” o comportamenti legati a forme di pregiudizi o a stereotipi, nei confronti di connazionali. Afferma, pertanto:

“Sì, sì. Oppure non solo loro. Ad esempio noi siamo in fila ... no? E italiano sta intorno! No solo i medici... Battute. O fanno presto presto! Sì. Oppure dicono non

ti preoccupare tutto a posto... Invece tu vai da altro medico e... sono diversi diciamo i medici a volte. Io capitato una volta sola. Non posso dire perché la verità. A Napoli, molto tempo fa. [...] proprio medico di base.” (Intervista a P. filippina, Napoli, 2017)

Emblematiche, inoltre, sono a riguardo le parole di Mo. che ha evidenziato come immigrati della sua nazionalità si rivolgano ai servizi del territorio solo in caso di assoluta necessità, anche per la percezione e il timore di essere considerati “stranieri”, mentre più spesso preferiscano far riferimento a “self - medication”. Ribadisce, infatti:⁵⁰¹

“Some of the Filipinos told me (I have a lot of friends) the they don’t want to go to Italian hospitals.... Because they are afraid and feel that, as immigrants, they are not receive full attention by the doctors. That is because they are strangers. How should I call that? Is it racism or discrimination? [...] My friends told me that they prefer to rely on self-medication, rather than going to a hospital in Italy. [...] They are very paura, they are very afraid. [...] They tend to go to hospitals only if their problems are very serious. They are afraid. So, when I heard that, I knew that they used fruits, natural medications and the like.” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2017)

Il riferimento a forme di cura autonome si ricollega, in ogni caso, anche alla diffusione nelle Filippine una tradizione medica per la quale si fa ricorso sovente ad erbe o medicine naturali, che si affianca alla biomedicina.⁵⁰²

Il tempo di permanenza in Italia, può essere significativo per la percezione delle difficoltà che le immigrate possono avere in ambito medico e relazionale, così come è stato riscontrato anche in ricerche condotte a livello nazionale (Censis, 2015). Emblematica è a riguardo la vicenda di Mo., che vive a Napoli da circa tre anni ed ha raccontato di aver riscontrato considerevoli problemi nel rivolgersi ai medici o alle strutture sanitarie del territorio, dovuti soprattutto a questioni linguistiche e comunicative.⁵⁰³ A riguardo sostiene:

“First of all, a new immigrant coming to Italy cannot understand the language. They do not have the proper communication allowing them to explain, for example, what kind of disease a patient is feeling and how a doctor can relate, because some doctors can understand English. So, one of the problems is that ... they don’t speak English, and English is very important language. It is an universal language for immigrants and for everyone all over the world.” (Intervista a Mo., filippina, Napoli 2016)

⁵⁰¹ Si rimanda al paragrafo 9.7.

⁵⁰² Per approfondimenti a riguardo si rimanda al par. 9.7.

⁵⁰³ Per le difficoltà linguistiche di Mo., l’intervista si svolge in lingua inglese. La donna comprende infatti abbastanza l’italiano ma ha difficoltà ad esprimersi ed a parlare.

I percorsi, le traiettorie migratorie di *Mo.*, in ogni caso, sono singolari e per certi versi atipici e nella sua vicenda si evince che le migrazioni, così, come hanno evidenziato molteplici indagini nazionali ed internazionali, possono influire sui ruoli e sulle identità di genere. La donna, infatti, è giunta in Italia per ricongiungimento familiare, per raggiungere il marito, che era arrivato a Napoli in precedenza, a sua volta richiamato dalla sorella, grazie alla legge sui flussi migratori. Nelle Filippine, *Mo.* e il marito avevano alcune attività autonome fra cui un ristorante, un negozio di tabacchi, che hanno venduto prima della partenza, poiché non era facile riuscire a vivere lì, a causa delle difficoltà economiche. Analogamente a molti altri uomini filippini, il marito di *Mo.* racconta come per lui non sia stato facile adeguarsi alle attività lavorative svolte in Italia, vissute ed accettate, in ogni caso, sia dagli uomini che dalle donne, come una “necessità”.⁵⁰⁴ *Mo.*, invece, prima di arrivare in Italia lavorava a Manila in una azienda di telecomunicazioni, cosicché non è stato facile per lei decidere di partire lasciando un lavoro che la gratificava. Ricorda, infatti:

“Quando io venire io pensa sette anni. Io voglio la mia famiglia unita. Domani lasciato tutti opportunità bene opportunità ... io lavoravo ufficio, Telecom company delle Filippine. Così io ho pensato molto molto tempo per venire qui”
(Intervista a *Mo.*, filippina, Napoli 2015)

La donna racconta tuttavia, che la scelta di emigrare fosse legata al desiderio di riunire la famiglia sostenendo *“Together is the best. Insieme è la cosa migliore”*. *Mo.* ed il marito hanno, infatti tre figli, nati nelle Filippine, due dei quali li hanno poi raggiunti in Italia attraverso i canali legali del ricongiungimento familiare. I ragazzi hanno appreso la lingua italiana frequentando la scuola e in caso di necessità pertanto accompagnano la madre alle visite mediche. Per i requisiti abitativi e di reddito richiesti per ottenere il ricongiungimento, è stato più complesso far arrivare in Italia anche la più piccola dei tre figli, che li ha raggiunti solo successivamente. La ragazza, tuttavia, come ha raccontato *Mo.*, per problematiche linguistiche e scolastiche non si è trovata bene in Italia ed alla fine ha preferito far ritorno nuovamente nelle Filippine.

Mo., inoltre, in possesso di un diploma di insegnante di lingua inglese percepiva fin da principio, come una forma di esclusione la segregazione lavorativa in ambito domestico in Italia, come si evince dalle sue parole. Sostiene, infatti:

⁵⁰⁴ Per un approfondimento riguardo i ruoli e le dinamiche di genere in ambito migratorio, si rimanda al Cap.I.

“La tua professione quando vieni qui, la tua vocazione o talento, è niente! No scelta! Devo solo lavorare in casa!” (Intervista a Mo. filippina, Napoli, 2015)

I primi tempi a Napoli, così, ha svolto l'attività di baby sitter, sebbene il suo datore di lavoro preferiva che si rivolgesse ai suoi figli in lingua inglese.⁵⁰⁵ La donna ha poi, iniziato a svolgere lezioni di inglese offrendo ripetizioni a studenti italiani privatamente e poi nell'ambito di alcune scuole della città, come il Trinity College, mantenendo il lavoro part time in ambito domestico e di baby sitter. Fin dallo scorso anno, tuttavia, l'attività di docenza di lingua inglese è divenuta per Mo. quella principale e la donna tutte le domeniche svolgeva anche corsi per i figli dei suoi connazionali, presso la chiesa di San Lorenzo, organizzati dal Trinity College. La conoscenza dell'inglese e il suo percorso formativo hanno, così, rappresentato per Mo. una risorsa per intraprendere percorsi di mobilità occupazionale, sebbene non abbiano facilitato l'apprendimento della lingua italiana. A riguardo afferma:

“Io voglio imparare l'italiano ma è molto difficile per me ... c'è discriminazione hai il certificato, hai quello hai quello? Io ho la mia... io ho la mia missione che è insegnare qui a Napoli, io voglio aiutare. Io voglio aiutare i filippini, io pensa molto ... mio cuore è con filippine tears. Io voglio aiutare. I hope God help us. Inglese in Italia ha molto bisogno qui. Inglese qui sta giusto iniziando!” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2015)

La donna, pertanto, ha incontrato numerose le difficoltà, in ambito relazionale con medici e operatori sanitari. *“I can understand some Italian, but I cannot understand the most profound words”* sostiene a riguardo (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016). Ha raccontato, ad esempio, l'episodio di un medico che si è spazientito ed arrabbiato per il fatto che lei non parlasse la lingua italiana e le avesse chiesto se potevano comunicare in inglese. Vi si era recata, infatti, accompagnata da suo figlio maggiore, che parla bene la lingua italiana, proprio per avere un ausilio in ambito comunicativo. Emblematiche, in tal senso, le sue parole:

“I went to this doctor yesterday and I asked them a medicine for my itching, la pelle and I needed some Clobesol, a sort of ointment, a cream [...]. And since one or my friends gave me the name, I somehow bought it in a pharmacy, then I

⁵⁰⁵ Nell'ambito di una precedente ricerca svolta fra immigrate di questa nazionalità a Napoli, è emerso come talora, le donne filippine siano assunte come baby-sitter proprio per la conoscenza della lingua inglese. I datori di lavoro alle volte possono richiedere loro di fare delle lezioni di lingua inglese ai propri figli, alle volte, senza una adeguata retribuzione per questa attività lavorativa (Greco, 2015, in corso di pubblicazione).

presented it to the doctor and he used some words. I had just memorized “Posso chiedere una cosa? And he said OK, then I said “Do you speak English?” And he said No. He was very ...arrabbiato and he told me that, since I was in Italy, I had to know Italian. I told him I knew that and that I was learning Italian, despite the fact that Italian is very complicated! Everybody can understand the words, but I cannot talk so well. I can use the basics, but not the most profound words”. [...] Somehow. My 17-year-old boy, who was there, comforted me in Italian!” because he attends school, and he was here to help me. Unfortunately, the doctor kept talking to me, even after I asked him if he could speak English. My son told me that I had asked no bad questions. It’s a big world out there and doctors should know English. [...] When I told him mi dispiace tanto, i.e I was very sorry, he told me I had to speak Italian. The final result for me with such doctors is that I don’t want to go back there any more [...] No, because I’m afraid; Ho paura! “ (Intervista a M., filippina, Napoli, 2017).

Mo. sostiene, così, come rivolgersi ai medici sia per lei “molto difficile” e, analogamente ad altre connazionali, in caso di necessità, fa riferimento alle reti comunitarie, sebbene alle volte anche le seconde generazioni, rappresentate dai figli ricongiunti o cresciuti in Italia, che frequentano la scuola, possono rappresentare un ausilio. Ribadisce, così, che sarebbe più semplice se vi fosse la possibilità di poter comunicare con medici o con il personale sanitario, in lingua inglese. A riguardo afferma:

“And one of the reasons why we cannot effectively communicate is that doctors cannot speak English. Therefore, we cannot understand the process, especially when we need a check-up. [...] Friends or someone who can speak Italian, able to accompany me. Speaking of which, when I have to fix my documents and modules must be filled, I can go “sola”. At the doctor’s, subtlety about your health is needed, so I need someone with me. [...] No, if I can find a doctor able to speak English, then I will change my doctor.” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2017)

” (Intervista a Mo. filippina, Napoli, 2016)

In riferimento a medici in Italia, inoltre, la donna afferma:

“They are good, but the problem is they cannot speak English. If they could, it would be better, as we could communicate.” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2017)

Le barriere comunicative rappresentano così, per Mo, un ostacolo anche a eseguire controlli e screening nell’ambito della sua salute femminile. Non conosce, infatti, i consultori e ha molte difficoltà a orientarsi fra i servizi sanitari in Italia raccontando:

“When my husband had some problems with his eyes, the staff of an hospital in Naples told me to go here, there and everywhere [...] Not only that; we all work and we have precious little time. Waiting is against us and in the Philippines, this does not happen. Doctors are readily available” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016).

La donna, per altro, ha evidenziato come per e per i suoi connazionali, ulteriori difficoltà in ambito sanitario possano ricollegarsi a barriere burocratiche o al poco tempo a disposizione, ribadendo:

“What we know is the referral process, the bureaucratic aspects and with our works, and the work of my husband in my case, we have no time for that. On the other hand, if you go to the doctor’s in the Philippines now, adesso, they will check you. If you need to be brought in the hospital, they do it right away. Here in Italy, they do not. Here in Italy, you have to wait, say one week, two weeks...” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016).

I percorsi migratori, in ogni caso, possono influire considerevolmente sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari. Fra le immigrate intervistate a Napoli, analogamente a donne di altra nazionalità, si evince come essere sposate con un italiano possa consentire di superare più facilmente barriere linguistiche, comunicative e relazionali.

Emblematica a riguardo l’esperienza di L. una donna di 59 anni, che è giunta in Italia nel 1982 per allontanarsi dal suo primo marito nelle Filippine, con il quale aveva una relazione controversa, decidendo così, di raggiungere una vicina di casa partita in precedenza. L., si è sposata molto giovane e dal suo precedente matrimonio nelle Filippine aveva avuto quattro figli, che con il tempo l’hanno poi raggiunta a Napoli. E’ così, fra le “pioniere” ed è arrivata con un visto turistico. Racconta infatti:

“Io sono arrivata col visto turistico [...] Perché se tu hai un visto per esempio in Francia, tu puoi venire tranquillamente in Italia, prima. Adesso non è così. Allora io ho avuto un visto come turista, in Svizzera, 40 di noi, abbiamo pagato 500 dollari a testa. [...] Ma prima era così, ora più costoso. Adesso pagano 8000 euro [...] anche perché prima non era pericoloso come adesso.” (Intervista a L., filippina, Napoli, 2017).

La donna ha lavorato inizialmente a Roma, “notte e giorno” e lì ha conosciuto il suo attuale marito. Attualmente ha cinque figli di cui quattro sono sposati e vivono in altre località d’Italia, mentre la più piccola, adottata, è in realtà sua nipote. L. ha inoltre, dodici nipoti ed ha acquisito la cittadinanza italiana. Lavora da venti anni, part-time, in ambito domestico, con lo stesso datore di lavoro in maniera stabile, raccontando di sentirsi a riguardo soddisfatta:

“Soddisfatta sì, perché io sono parecchio tempo con questa signora, da venti anni. Lei ha fatto venire tutti i miei figli... con contratto...” (Intervista a L., filippina, Napoli, 2017).

In riferimento alle sue esperienze in ambito sanitario ha ribadito come non vi siano state considerevoli difficoltà ad orientarsi fra i servizi o a rivolgersi ad essi e neppure nel relazionarsi a medici e operatori sanitari, grazie all'intermediazione di suo marito. A riguardo afferma:

“Io penso che non ho avuto tanta difficoltà, all'inizio non c'era tanto bisogno spero, vabbè, anche perché secondo me avendo marito italiano, mi guida sempre lui è molto importante per noi stranieri, avere qualcuno che già conosce, per esempio io sono il numero dieci, con voi passa numero due, per dire! [...] Lo sa, ma non per colpa del medico, secondo me anche persone con cui parlo per esempio con voi, lo portavano straniero che sa parlare, secondo me c'è una grande differenza! [...] No, per esempio io vado dal medico sempre con mio marito appresso, parla lui, Io sono un tipo che subito mi offendo, anche non capendo la parola subito me la prendo. [...] Come dico io parla sempre mio marito, secondo me altri stranieri sarebbe difficile! Grazie a Dio che io ho avuto questo appoggio! [...] Per me difficile per comunicazione, per spiegare quello che sento.” (Intervista a L. filippina, Napoli, 2017)

La donna è, in ogni caso, consapevole che le problematiche linguistiche possono rappresentare un ostacolo per molte connazionali, anche se risiedono da tempo in Italia. Sostiene, infatti:

“Io capisco benissimo l'italiano, non parlo bene. Conosco altre filippine anche se loro da molto tempo qua, hanno ancora difficoltà di parlare... sarebbe meglio un aiuto [...] ad esempio mio figlio che è già da 10 anni qua, ma proprio parla una schifezza. [...] Mio figlio avuto un incidente a Roma, stava più di un mese ospedale fontanini [...] ed ha avuto quattro operazioni, e lui sempre senza mio marito, ci vuole una persona per spiegare!” (Intervista a L., filippina, Napoli, 2017)

Riguardo, infine, la valutazione del sistema sanitario italiano, la maggior parte delle immigrate filippine intervistate a Napoli, analogamente a quanto riscontrato fra le donne ucraine, riconosce l'importanza dalla possibilità di accedere ad esso sulla base di un principio universalistico e non privatistico, come nelle Filippine.

M. ad esempio, evidenziando come nel paese di origine i costi per le cure siano particolarmente elevati ed elitari, afferma:

“Perché qua, diverso qua dalle Filippine. Nelle Filippine vai al medico e paga, vai al medico e devi pagare. Invece qua quando c'hai il tuo medico e c'hai tutto a posto il documento. Come si dice rispetto lì devi pagare mille. Invece qua devi pagare solo il ticket” (Intervista a M., filippina, Napoli, 2016)

La donna, in ogni caso, riscontra come in anni più recenti, rispetto al passato, i costi della sanità siano aumentati anche in Italia e le possibilità di accesso ai servizi si siano ridotte, sostenendo:

“Per adesso sono da migliorare (i servizi sanitari), perché da quando sono arrivata sono aumentati il costi dei medicinali. Questa solo che mi lamento. Questi anni qua. Però all’inizio non così. All’inizio era meglio. [...] Perché all’inizio io neanche stava pagando. Perché dal 1990 che io sono arrivata qua, fine al 200 e paga di meno rispetto ad adesso. Perché prima non si paga mai il ticket. Neanche quando compra il medicinale paga il ticket. E questo è da migliorare. Le famiglia bisognosa senza lavoro, la famiglia un po’ più c’è soldi. Sentendo come che tanti famiglia, sta in difficoltà. Quindi aumentando le medici i medicinali il ticket, pure gli italiani non solo gli stranieri che si lamentano.” (Intervista a M., Filippina, Napoli, 2016)

L. invece, sposata a un italiano e ben integrata nel contesto migratorio, sostiene:

“Se devo fare confronto tra mio paese e qua, meglio qua, perché da noi è come in America, se non hai l’assicurazione hai “voglia è muri!”. La sanità qua è diverso. Molto diverso. Sì meglio, molto meglio. Per grazia di Dio fino adesso non ho mai avuto.” (Intervista a L. filippina, Napoli, 2017)

La valutazione del sistema sanitario italiano, da parte delle donne, in ogni caso, può ricollegarsi alle esperienze personali, al senso di appartenenza, alle difficoltà ad accedere ad esso. La preferenza per il sistema sanitario filippino, espressa da alcune immigrate, si ricollega alla percezione di una sua maggiore efficienza, come per Z. o all’ assenza di barriere linguistiche e comunicative, come nel caso di Mo. e B.

Mo. infatti sostiene:

“When I worked in a Telecom company, everything health-related was free, for me and my children. If someone does not work, free government-sponsored doctors are available, but if someone wants to go to private doctors... I am used to the system in the Philippines, if you ask me, so, for me, that system is better. Here, we feel very much as strangers. They cannot accommodate us, and we feel much indifference coming our way.[...] When I worked in a Telecom company, everything health-related was free, for me and my children. If someone does not work, free government-sponsored doctors are available, but if someone wants to go to private doctors...” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016).

B., invece afferma:

“Meglio, Filippine. Per lingua, spiegato bene così” (Intervista a B., filippina, Napoli, 2016).

Entrambe le donne evidenziano che i servizi italiani potrebbero rispondere più adeguatamente alle esigenze delle straniere attraverso soluzioni volte a ridurre le difficoltà e le problematiche comunicative. Mo., infatti, sostiene:

“In my opinion, the only important thing to be improved is to have a translation” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016)

Z. invece, che di preferisce il sistema sanitario nelle Filippine in riferimento alla sua maggiore efficienza, ribadisce:

“Penso che da noi è un po’ meglio. Perché noi quando paga questo ticket sanitario c’è molto sconto, però qua noi paghiamo anche ticket, e paga molto ... No. Prima no. Però adesso anche fare analisi ... Prima mi ricordo che non si paga molto, devi pagare soltanto il ticket. Non come adesso, che quando devi fare analisi, devi pagare trentadue euro.” (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2017)

Nel corso della ricerca, dunque, è emerso come a Napoli i network comunitari svolgano un ruolo estremamente significativo per la tutela della salute e nel veicolare le informazioni in ambito sanitario.

La presidente di una delle associazioni della città organizza, inoltre, periodicamente, all’interno dell’associazione e con l’ausilio delle reti rappresentate dai datori di lavoro, visite mediche collettive gratuite, per gruppi di connazionali presso una clinica della città. Fra queste vi sono anche visite ginecologiche che hanno coinvolto gruppi di circa trenta donne.⁵⁰⁶

A riguardo la presidente ha raccontato:

“Io dò sempre informazioni. Per esempio giovedì scorso c’è questa missione di ginecologia e anche dentista e allora ho detto “Andate!” Perché se voi prenotate allora aspetta tre mesi questo è gratis andate! Dott.ssa Ferrari [...] Mi ha chiamata ha detto “P. questa è nostra operazione che possiamo fare in questo periodo di tempo e... ora possiamo fare!” Hanno mandato questi volantini tipo, “prenotation”. Se tu manda e porta lì e poi fanno subito visita. E sono andati tardi proprio quel giorno, ho mandato lì. Erano [...] trenta donne e uomini pochi perché dice non ho problema ma alcuni poi hanno scoperto!” (Intervista a P., presidente della Comunità filippina Napoli e Campania, 2017)

➤ *Le donne intervistate a Pisa*

Dalle interviste alle donne filippine a Pisa, così come a Napoli, si evince la centralità dei network di connazionali e sovente di familiari che sono sul territorio da più tempo e parlano meglio la lingua italiana, nel facilitare l’accesso e la fruizione dei servizi sanitari del territorio.

⁵⁰⁶ Le visite alle immigrate sono svolte gratuitamente, sebbene gli ulteriori controlli, in caso di necessità, invece, implicino il pagamento almeno del ticket. In ambito comunitario inoltre sono organizzati altri eventi volti alla tutela della salute degli immigrati. Presso la sede dell’associazione filippina di Napoli e Campania, infatti, è stata anche organizzata una giornata per controlli medici cardiologici, gratuiti, con la partecipazione di specialisti italiani (Intervista a P., presidente dell’Associazione filippina Napoli e Campania 2017).

Gran parte delle intervistate, infatti, ha ribadito come le principali difficoltà linguistiche o ad orientarsi in ambito sanitario, incontrate soprattutto nei primi tempi in Italia, siano state risolte grazie all’ausilio di familiari e connazionali. Questi, infatti, possono fornire informazioni, orientare o accompagnare le donne in difficoltà alle visite mediche. E’ diffusa, pertanto, una pratica di “mediazione informale” in ambito comunitario, sebbene le immigrate nel corso delle interviste abbiano ribadito che sarebbe auspicabile l’ausilio di mediatrici interlinguistiche e inter - culturali qualificate presso i servizi stessi.

Dalle interviste condotte fra le immigrate a Pisa, si evince come alle volte possano esservi considerevoli problematiche che limitano le possibilità di rivolgersi ai servizi del territorio. L’esperienza di Ca., a riguardo è particolarmente significativa poiché la donna, che è presidente dell’associazione filippina cattolica della città e svolge, sovente, attività di mediazione informale per i suoi connazionali ha raccontato di essersi rivolta ai servizi sanitari, solo ed esclusivamente quando ha partorito. *“Non l’ho più fatto, né pap – test, né analisi del sangue niente!”* Sostiene infatti.

Ca. è a Pisa da più di venti anni, è divorziata e ha allevato da sola le sue tre figlie, lavorando come badante. Sono così emblematiche le sue parole, in quanto ribadisce:

“Ti dico la verità dopo la nascita della più piccola non ho più visto il medico [...] Perché non ho avuto tempo tre figlioli io dopo il lavoro! [...] Per me quello che diciamo per noi filippini, per noi lavoratori, non possiamo, non abbiamo il permesso di ammalare!” (Intervista a Ca., filippina, Pisa, 2016)

Dalle sue parole traspare, così, la difficoltà di conciliare la cura di sé, della propria persona con i tempi e i ritmi imposti dall’attività lavorativa ed al contempo la necessità di badare alle proprie figlie.

Fra le immigrate filippine a Pisa, analogamente alle altre donne intervistate è stato possibile riscontrare come per orientarsi ed avere informazioni inerenti i servizi sanitari, può essere significativo anche il ruolo del medico di base.

I., ad esempio sostiene di reperire le informazioni in ambito sanitario, rivolgendosi al suo medico di base, ma al contempo anche all’ausilio dei familiari. Afferma infatti:

“Eh no io quello il mio medico, ora conoscenza mia zia, quindi anche quello. Chiamare è un pochino difficile. Ci vuole un po’ di tempo!” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2016)

La donna ha trentaquattro anni ed è in Italia dal 2005. Vive con suo marito e la sua bambina di cinque anni che è nata a Pisa e al momento dell'intervista era in attesa del suo secondo figlio. Per I. le principali difficoltà nel rapportarsi ai servizi sanitari sono ricollegate a problematiche linguistiche, che nel tempo sono in ogni caso, diminuite. A riguardo, afferma:

“I primi ... Guarda i primi, proprio tempi sono in difficoltà sai, sapere e parlare italiano quello la prima cosa! Però piano, piano quando ho conosciuto bene questi medici anche, allora piano piano sono riuscita.” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2016)

Una ulteriore problematica per l'accesso ai servizi del territorio può attenerne, per le donne alle difficoltà economiche, cosicché alle volte, anche il costo del ticket può rappresentare una barriera. I., infatti, ribadisce:

“Bisogna migliorare tutti i medicinali, non hai tutto gratis, quindi anche per quello. E poi a volte c'è per esempio alla bimba c'è un controllo a pagamento, anche per quella cosa, noi stiamo extracomunitari e abbiamo reddito basso, e quindi per quello.” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2016)

I. in ogni caso si rivolge soprattutto al servizio sanitario pubblico, all'Asl e sostiene di sentirsi soddisfatta dell'assistenza ricevuta in gravidanza. Valuta, pertanto, il sistema sanitario italiano migliore rispetto a quello del suo paese di origine, sostenendo a riguardo:

“Eh guarda... Perché laggiù da noi tutto si bisogna pagare, invece qua guarda meglio, perché te paghi un po' di medicine, te le scrivono loro, qui però laggiù, anche quando entri in ospedale devi pagare. Qui meglio!” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2016)

C., che ha quarantasei anni, è nubile e ha un bambino di quattro anni nato a Pisa, analogamente ad I. ha raccontato come nelle fasi iniziali del suo soggiorno in Italia, per rivolgersi ai servizi sanitari abbia avuto l'ausilio di una zia, sebbene facesse riferimento anche al suo medico curante e ai datori di lavoro:

“Sì c'era mia zia che ha detto che hanno ... sì... dal dottore di famiglia, con la mia lingua... Ci sono i datori di lavoro, prima quello che ho. Chiedo a loro come funziona dove devo andare e poi da lì... Se faccio... da sola proprio... morivo!” (Intervista a C., filippina Pisa, 2016)

Ca., analogamente, i primi tempi faceva riferimento all'aiuto dell'ex marito, che viveva a Pisa già da diversi anni, ricordando:

“C'era sempre mio marito con me. A inizio c'era mio marito che già conosceva.” (Intervista a Ca., filippina Pisa, 2016)

Attualmente Ca. è la presidente dell' associazione filippina cattolica della città, e svolge lei stessa una mediazione informale aiutando i connazionali in difficoltà.

F. analogamente, che ha cinquantadue anni ed è in Italia da undici anni, ha raccontato di essere stata inizialmente aiutata da amiche e connazionali, affermando:

“Amiche, passaparola, così, e poi da sé andiamo già dal nostro dottore di base, dell'Asl.” (Intervista a F., filippina, Pisa, 2016)

F. ha evidenziato come nel suo caso, le difficoltà a rivolgersi ai servizi sanitari si ricolleghino soprattutto al poco tempo a disposizione, ma è consapevole che in caso di emergenza, può far riferimento anche ai servizi della guardia medica, sostenendo:

“Anche io non ho tempo per andare da mio dottore, e la dottoressa mi ha spiegato che se qualche volta ho bisogno qualche ricetta per la mia cura io posso chiamare le guardia medica, per fare anche la ricetta, si può anche fare così, mi ha spiegato. E quindi anche quello è una cosa bella! Quindi se una non ha proprio tempo...” (Intervista a F., filippina Pisa, 2016)

La donna, infatti, lavora part time assistendo una persona anziana tutte le mattine e in ambito domestico nel pomeriggio, per far fronte alle necessità economiche, legate alle spese universitarie dei figli nelle Filippine, che hanno venti e ventidue anni e vivono nelle Filippine. Condivide un appartamento in affitto con alcune connazionali e in riferimento alla sua situazione, sostiene:

“Io per esempio non posso più chiamare i miei figli, perché ormai loro sono fuori per la età. La età di loro, perché è difficile venire qua, fino ai diciotto anni io posso chiamare loro, e ora già che hanno 22 e 20 anni. Poi non c'è più la possibilità di chiamare. Poi in Filippine si parla bene inglese. Io per forza, ho una spesa proprio grande, perché vanno nell'università private, allora mi tocca! Proprio è difficile! Non posso smettere a lavorare, e non metto neanche soldi a parte per fare una vacanza, non riesco! Come si fa? Poi anche qui abbiamo le spese, la casa, tutto! E' una cosa difficile!” (Intervista a F. filippina Pisa, 2016)

F., in ogni caso, non ha particolari difficoltà di rivolgersi ai servizi sanitari italiani, ribadendo:

“E' facilissimo! Confronto delle Filippine che qua, qui è facilissimo, perché non abbiamo bisogno neanche di avere soldi per avere tutti i servizi, invece nelle Filippine se uno non ha soldi, diventa più difficile. Ci sono pure gli ospedali pubblici però servizio no.” (Intervista a F., filippina Pisa, 2016)

Per il poco tempo a disposizione, a causa delle diverse attività lavorative che svolge, tuttavia, la donna non ha mai fatto analisi o screening presso i consultori del territorio, ma racconta di aver sempre ricevuto le “lettere” per poter svolgere tali controlli. A riguardo afferma:

“Io, non sono mai andata, però sempre la lettera. Qui non abbiamo mai avuto problemi.” (Intervista a F., filippina Pisa, 2016)

F., valuta positivamente il sistema sanitario italiano e anche a livello relazionale afferma come non vi siano particolari difficoltà con medici ed operatori sanitari, ribadendo:

“No Loro c’hanno tutta la pazienza, se non capisci rispiega, piano piano. [...] Sì, perché voi italiani, siete bravi, avete tutta la cosa per riuscire a capire noi che non parliamo la lingua. Avete tutta la pazienza, tutti bravi!” (Intervista a F., filippina Pisa, 2016)

Fra le immigrate intervistate, in ogni caso, vi è una differente percezione delle difficoltà legate all’accesso ed alla fruizione dei servizi sanitari. Ci., infatti, che è arrivata a Pisa undici anni fa per raggiungere la sorella, a differenza di F., sostiene come per lei sia difficile orientarsi in ambito sanitario. La donna ha 46 anni, è vedova e vive con suo figlio di tredici anni, nato nelle Filippine che l’ha raggiunta successivamente e un nuovo compagno. In riferimento alle difficoltà ad accedere ai servizi del territorio sostiene:

“Medico per andare! Sì, sì prima io aiuta sempre mia sorella, perché la mia sorella tanti anni qui in Italia, quindi quando si parla si parla con lei e poi dopo piano piano io capisco...Spesso vado perché io ho diabete. Spesso sì!” (Intervista a Ci. filippina Pisa, 2016)

Attualmente in ogni caso, Ci. si reca alle visite mediche anche da sola. Non ha mai fatto controlli o screening per la sua salute femminile presso i consultori, ma all’ospedale Santa Chiara e a causa del diabete e dell’età è stata costretta ad abortire:

“Sì come si chiama quello... Come pap-test. Sì ginecologo. Eh no, ospedale Santa Chiara... ah che io ho avuto gravidanza. Però io il problema è la mia diabete. A due mesi, due mesi e mezzo ho fatto aborto... da questo da febbraio... perché ha detto la mia ginecologa non va bene questo fatto ... Quindi ha detto stai attenta non si può fare ancora, poi hai quarantasei anni già hai il diabete pericoloso per la bimbi. Quindi ora sta così. Di Asl. Perché io non paga. Sì. Trovata bene, bravo, quel dottor [...] A Santa Chiara.” (Intervista a Ci. filippina Pisa, 2016)

La donna ha una valutazione positiva del sistema sanitario italiano considerandolo migliore rispetto a quello filippino ed riguardo afferma:

“È meglio in Italia sì! Perché in Italia ospedale, è tutto buono e poi paga poco. Filippine paga sempre ... Meglio qui... buono.” (Intervista a Ci. filippina Pisa, 2016)

Ci. Inoltre, ha un progetto migratorio volto alla stabilizzazione in Italia, in quanto a Pisa vi sono molti parenti affermando:

“Diciamo sette qui sorelle, poi ce n'è tanti nipoti, cognato cognata siamo tanti, quasi quarantacinque, quarantatré tutti i parenti! Sì, una famiglia grande” (Intervista a Ci. filippina Pisa, 2016)

A Pisa, dunque, analogamente a Napoli è emerso come sia significativo il ruolo dei datori di lavoro nell'orientare le immigrate ai servizi del territorio o alle volte a medici privati di loro conoscenza.

Gran parte delle immigrate intervistate nella città toscana, in ogni caso, sostiene di preferire il servizio pubblico e far riferimento a medici dell'ASL, come nel caso di Ci. che a riguardo afferma:

“No meglio la Asl, perché privato c'è da pagare! Tanto le mio diabete ho esenzione e quindi non paga nulla...Io ce l'ho medico, io non so e poi c'è un altro per l'ospedale” (Intervista a Ci. filippina Pisa, 2016)

T. che ha cinquantasette anni ed è a Pisa da ventuno anni, come a Ci., ha ribadito l'importanza di potersi rivolgere ai servizi dell'Asl con costi contenuti, evidenziando, tuttavia, come possa far riferimento anche all'intermediazione dei propri datori di lavoro. Racconta, infatti:

“Sì, della bimba sì dell'ASL. Come noi ormai, non è che va sempre... [...] Dell'ASL eh...perché sennò poi privato costano tanto, meno male lui non avuto ancora non quella che ... tanto forte malattia difficile! Sono operata anche mia destra occhi, Santa Chiara. Operato io a gli occhi, quella lì è la cosa difficile per me, però datore di mio marito, lavora in Santa Chiara, è lui che mi ha aiutato, con dottore che ha operato me agli occhi”. (Intervista a T. filippina Pisa, 2016)

T. è arrivata a Pisa con un visto turistico, nell'ambito di un progetto migratorio familiare, avendo deciso inizialmente di partire assieme al marito. Quest'ultimo, tuttavia, l'ha raggiunta successivamente, seguendo le indicazioni dell'agenzia che ha procurato loro un visto “turistico”. Quando hanno scoperto, in Italia, di non poter avere figli hanno valutato la possibilità di ricorrere a tecniche di inseminazione artificiale per poi decidere di adottare una bambina filippina, che attualmente ha nove anni e vive in Italia con loro. T. sostiene come per lei sia facile orientarsi fra i servizi sanitari del territorio, grazie all'ausilio del medico di base e di altri connazionali, affermando:

“No non c'è problema perché, qui finché qualcosa non va, noi aiutata con nostro connazionale che parla bene. Ognuno quando c'è problema ...c'è una nostra connazionale che parla abbastanza bene!” (Intervista a T. filippina Pisa, 2016)

Ir., invece, che ha quarantadue anni e lavora come badante, analogamente ad altre connazionali intervistate ha rilevato come le difficoltà a rivolgersi ai servizi sanitari si ricolleghino alla carenza di tempo da poter dedicare a sé stessa ed a difficoltà linguistiche. Afferma infatti:

“Un po' per lingua perché io non parla bene. Niente non ha tempo per me!” (Intervista a Ir., filippina Pisa, 2016)

La donna è a Pisa da quattro anni ed è arrivata nella città per ricongiungersi al marito, sebbene non vivano assieme. Lei infatti, svolgendo l'attività di badante coabita con il suo datore di lavoro, che le ha consentito di tenere con sé sua figlia e nei giorni liberi ospita anche il marito, dando loro la possibilità di incontrarsi o pranzare assieme. Per Ir., analogamente ad altre connazionali, è “facile” orientarsi fra i servizi del territorio ed ha una valutazione particolarmente positiva del sistema sanitario italiano, poiché afferma:

“E qui è bene, Filippine no, perché in Filippine quando tu non c'hai i soldi sei morta!” (Intervista a Ir., filippina, Pisa, 2016)

I datori di lavoro, tuttavia, alle volte possono ostacolare l'accesso ai servizi. Significativa è, a riguardo, l'esperienza di B., che racconta:

“Io sono qui da cinque anni e andata dottore solo una volta. Solo per prendere certificato. Perché la prima volta che sono malata tre giorni per cinque anni, e bisogno per lavoro, perché mio capo è un durissimo. Non posso... Ma lui è duro, perché! Non vuole lasciare prendere ferie a lei anche se malata! Questo è un problema! Grande!” (Intervista a B., filippina, Pisa, 2016)

B. ha quarantaquattro anni ed è in Italia da cinque anni dove ha raggiunto alcuni familiari. E' diplomata, sebbene abbia lasciato gli studi nel suo paese di origine a un anno alla laurea in ingegneria informatica ed è separata da suo marito. I suoi figli, di quattordici e diciannove anni sono rimasti nelle Filippine e per B. la distanza da loro è percepita come una situazione molto “difficile”. Dalle parole delle immigrate intervistate, come nel caso di B., si evince come l'esperienza di maternità e il tentativo di mantenere il proprio ruolo attraverso la costruzione di spazi transnazionali, possa essere, per le migranti particolarmente doloroso. B., infatti, non torna nelle Filippine da cinque anni e sostiene:

“Per me molto difficile Insomma. Sono già in difficoltà con i miei figli, che quell'altro preso suo babbo, e quello grande è rimasto con la mia mamma. E ora

loro sta crescendo e il cuore è un po' lontano da me, perché già cinque anni che non vado là, e quindi ora sono già in difficoltà.” (Intervista a B., filippina, Pisa, 2016)

B., in ogni caso, ha avuto un'esperienza positiva con i servizi sanitari del territorio, quando è stata costretta a recarsi al Pronto Soccorso a causa di un forte attacco di asma di suo figlio, in visita temporanea da lei in Italia. A riguardo racconta:

“No. Per esempio mio figliolo quando era venuto qua, mi ha avuto una volta attacco di asma proprio forte, allora l'ha portato in ospedale, c'erano tanti gente e noi eravamo penultimo, così che siamo arrivati penultimo. E un infermiere aveva visto noi, allora ha dato la cosa a mio figliolo perché è minore, quindi lei ha detto esce tutti tranne la mamma di questo bimbo perché avevano dato priorità a noi perché era minorenne, quindi...” (Intervista a B., filippina, Pisa, 2016)

La donna, così, ha una valutazione positiva del sistema sanitario italiano e dei servizi del territorio e analogamente ad altre connazionali, considera positivamente la possibilità di accedere ai servizi sanitari gratuitamente, anche in riferimento al parto, poiché racconta:

“Molto meglio diciamo così [il sistema sanitario italiano]! Per esempio io ho partorito in Filippine e ho dovuto preparare tanti soldi per avere il servizio proprio dell'ospedale privato. Sì, ci sono tanti servizi, quello sì, però devi essere con soldi!” (Intervista a B., filippina, Pisa, 2016)

Per la sua salute femminile, grazie alle lettere di invito ad eseguire gli screening, inviate dall' ASL, si è recata presso il consultorio del CEP, sostenendo:

“Io fatto quello una volta, sono andata al CEP. Sì, loro mi hanno fatto la lettera, che devo fare questo, con pap test, e poi non ha problema. Finito meno un'ora, Facilissimo! Io pensava che difficile perché sono due anni e non parlo benissimo, e quindi loro hanno spiegato me piano, piano come si fa, e poi il risultato e manda a lettera. State brave. E poi a qualcuno ha parlato un po' in inglese! Arrivano lettere a casa e tu devi chiamare quello. Per noi arriva in casa e devi chiamare questo numero, per appuntamento. E basta e poi la risulta arriva a casa. Io all'inizio un po' paura, non so cosa devo fare. Però io fatto quello e loro state brave e poi spiegato bene quello che succede, quindi non è problema.” (Intervista a B., filippina, Pisa, 2016)

La maggior parte delle immigrate intervistate a Pisa ha raccontato di essersi rivolta ai servizi consultoriali del territorio, grazie alle lettere ricevute per le attività di screening e tutela della salute femminile. A Napoli invece, le donne intervistate di questa nazionalità fanno riferimento in prevalenza, alle reti dei propri datori di lavoro, a quelle comunitarie e si rivolgono in gran parte a medici privati. La valutazione dei servizi consultoriali di Pisa, come si evince dalle interviste è in genere, positiva.

Ir., ad esempio, afferma a riguardo:

“Sì, in via Torino. Ho conosciuto consultorio perché è arrivata lettera Sì, pap test con Asl.” (Intervista a Ir., filippina, Pisa, 2016)

E., analogamente, che è arrivata in Italia nel 2000 ed è sposata con un italiano con il quale non ha potuto avere figli a causa di alcuni problemi di salute intercorsi, sostiene:

“Sì, ci sono stata, tante volte [al consultorio]. Sì, si ogni anno c’ho controllo io. Ho saltato solo quando andata in Filippine, nel duemila quindici, però io ogni anno quando io stata operata, faccio i controlli. E’ già necessario ha detto il mio medico, devo continuo controllare, sai soprattutto dell’utero, tante cose che potrebbero sai. A consultorio non c’è problema. [...] Perché io già stata operata quando appena è sposata, dopo un mese, io già stata operata a una cisti ovarica. A Santa Chiara. Sì, prima noi fatto privato, che il medico assistere me per questa operazione. Andata bene tutto bene. Anche già dodici anni passato, duemila quattro, anzi no duemila cinque a febbraio.” (Intervista a E. filippina, Pisa, 2016)

T., si sottopone periodicamente a controlli e screening per la sua salute, grazie alle lettere di sollecito, inviate dall’ Asl. Afferma infatti:

“Sì, come pap test, come mammografia, sì abbastanza bene perché tutta la anni, o ogni due anni... io due anni fare pap test. No arriva lettera, poi mammografia anche.” (Intervista a T. filippina Pisa, 2016)

La donna, a riguardo, ha ribadito come l’esperienza con i consultori sia stata per lei positiva, affermando:

“Sì, Via Torino, sono stata perché qualche volta pap test e vado là, asl, CEP. Trovata bene anche...Tutto a posto. Sono andata grazie a medici perché loro insegnano noi dove si va dove andare.” (Intervista a T. filippina Pisa, 2016)

Gran parte delle immigrate filippine intervistate a Pisa, in ogni caso, come a Napoli, preferisce recarsi alle visite mediche in compagnia di connazionali, amiche o dei propri compagni, a differenza delle donne ucraine.

In riferimento alle difficoltà relazionali con medici e operatori sanitari sono emblematiche le parole di I., che sostiene come nei primi tempi in Italia, queste siano inevitabili e si ricolleghino, soprattutto, a difficoltà linguistiche. Afferma infatti:

“All’inizio sì. Non si può evitare quella cosa. Non mi assisti bene, poi come non ti parla bene, cose così. E poi anche sento che non parlo bene prima, anche ora è sono non tanto parlo bene, però capire riesco a capire. Però all’inizio, non è facile, senza sapere questa lingua, quindi anche per loro”. (Intervista a I. filippina, Pisa, 2016)

La percezione di pregiudizi e stereotipi può, invece, variare in relazione alle esperienze personali vissute e sebbene vi siano immigrate che hanno una valutazione particolarmente positiva della relazione e del rapporto con i medici italiani, sono emersi nel corso delle interviste, anche episodi sporadici legati a pregiudizi o stereotipi.

F., a riguardo sostiene:

“No. Sai forse, episodio occasione è così!” (Intervista a F. filippina Pisa, 2016)

Ca, in particolare, in riferimento a tali situazioni, distingue la sua esperienza personale da quella di alcuni connazionali, per i quali ha svolto un'attività di mediazione informale. Sostiene infatti,:

“Forse sono io! Ma dalla parte loro non ho mai sentito! Sono io che mi sentivo diversa dagli altri sono io sentivo incapace, ero io, sì ero io! Che non ero adeguata.” (Intervista a Ca. filippina Pisa, 2016)

In relazione alle esperienze di immigrate che ha accompagnato o aiutato in ambito medico, ha evidenziato, invece, come alle volte i medici possano approfittare delle difficoltà linguistiche o della loro scarsa informazione in merito a normative e diritti, affermando:

“Esiste ancora la discriminazione! Sai io ho notato perché ... Io ho aiutato tanti dei miei connazionali, specialmente quelli che non hanno i documenti. Tipo di recente una che ha avuto un incidente stradale, è stata investita e lui è scappato! Lei senza documento all'ospedale chiedevano 2.000 Euro per l'intervento! A Cisanello! Sì, per l'intervento e ho spiegato la situazione! E' quello che lo so ...E io ho detto “Ma come, questa ragazza ha bisogno di un intervento?” La tessera sanitaria non ce l'aveva perché non ha documento! Però poteva fare ecco! E infatti. “Allora signora ...” quando gli parlava una cugina che non sapeva la lingua che non conosceva bene la lingua, l'avevano trattata un po' ... sai così! Diciamo con un puzzo sotto il naso! Allora sono intervenuta, ma hanno visto me forse che parlavo meglio di quell'altra e mi hanno spiegato la situazione e sono stati molto più calmi! No. Ho detto “Qual' è il problema?” “La ragazza ha bisogno di una cura, di un intervento!” Sì, allora piano, piano mi ha spiegato, perché ho detto “Ma lo so che voi non potete negare un aiuto a questa ragazza, l'intervento qui all'ospedale non potete.” E lei si vede che ha capito che qualcosa lo so! Ha detto “Allora signora voi fate questo, lei siccome non c'ha un documento bisogna che voi procurate la tessera sanitaria di almeno una durata di sei mesi!”. “Va bene ditemi cosa devo fare dove devo andare e lo faccio, mi procuro questo documento” E così è stato fatto! Ecco ha presentato questo e non ha pagato nemmeno una lira. [...] S'è già detto che è, quella è che t'ho detto forse esiste ancora la discriminazione! Quando ha capito che questa signora. Eh ... Volevano prendere ...Farli girare sul palmo della loro mano questa filippina, perché non sapeva parlare la lingua! Ma che modo è? “C. non ho capito bene mi hanno chiesto duemila euro per fare l'intervento!” “Cosa?” “Vai allora te stai qui con lei e parlo io!” Per quello ti ho detto! Non so per me è una

discriminazione! Per quale motivo non l'hai spiegato a questa mia connazionale quello che doveva fare e non fare? Perché non capiva la lingua? Perché diversa da voi? Ma cosa vuol dire? ... Discriminazione! Dice siccome io non è per vantarmi te non mi puoi trattare ... Perché poi mi sento, mi sento sicura di quello che dicevo.” (Intervista a Ca. filippina Pisa, 2016)

La valutazione del sistema sanitario italiano, fra le donne intervistate a Pisa è in gran parte positiva, anche in confronto a quello del paese di origine. Alcune di esse, in ogni caso, hanno ribadito come ulteriori attenzioni nei confronti delle dimensioni relazionali e comunicative potrebbero consentire un accesso ai servizi meno problematico.

Dalle interviste alle immigrate filippine, in sintesi, si evince come considerevoli difficoltà nel rivolgersi ai servizi sanitari, possano ricollegarsi a barriere linguistiche e comunicative, che fanno riferimento soprattutto ai primi tempi in Italia, anche se non esclusivamente ad essi.⁵⁰⁷ Le reti comunitarie, familiari e al contempo, quelle dei propri datori di lavoro possono essere, così, di fondamentale importanza.

Gran parte delle intervistate, inoltre, valuta in maniera positiva il sistema sanitario italiano e le possibilità di poter accedere alle visite pagando solo il ticket, sebbene, alle volte, anche questo possa rappresentare un ostacolo da un punto di vista economico. Una valutazione particolarmente positiva sia delle dimensioni relazionali, che dei servizi sul territorio è emersa, soprattutto, fra le donne intervistate a Pisa. In tutte le interviste, in ogni caso, si evince l'importanza attribuita alla possibilità di disporre di forme di mediazione o facilitazione in ambito comunicativo. Non vi sono, tuttavia, né a Napoli, né a Pisa mediatrici culturali filippine coinvolte nei servizi sanitari o consultoriali, a differenza di altre città, come ad esempio Milano.⁵⁰⁸ Le “attività di mediazione informale” sono, invece, svolte da coloro che sono presenti da più tempo sul territorio o nell'ambito delle associazioni. Le donne filippine infatti, anche per un ausilio in ambito

⁵⁰⁷ La lingua italiana è, infatti, percepita come considerevolmente diversa dal tagalog o dai dialetti diffusi nelle Filippine e le modalità di inserimento occupazionale delle immigrate di questa nazionalità riducono le possibilità di poter frequentare corsi di lingua italiana (Greco, in corso di pubblicazione).

⁵⁰⁸ Si fa qui riferimento ad una indagine sui meccanismi di facilitazione per l'accesso ai servizi degli immigrati a Milano, nella quale è stato evidenziato come presso un consultorio della città sia stato attivato un servizio di mediazione interlinguistica ed interculturale con una mediatrice in lingua tagalog (Rossi, 2016: 115 – 145).

linguistico, preferiscono farsi accompagnare alle visite dai propri compagni o da altre connazionali.

Nei due contesti di indagine sono state riscontrate alcune differenze fra immigrate di questa nazionalità, nell'ambito dei percorsi inerenti la loro salute femminile. A Pisa, infatti, le intervistate fanno riferimento in misura maggiore ai consultori e ai servizi territoriali, sia per la prevenzione e per controlli, che nel corso della gravidanza, anche grazie alle lettere che periodicamente ricevono dall' A.S.L. A Napoli, invece, preferiscono rivolgersi in prevalenza a medici privati, usufruendo, sovente, dell'intermediazione dei loro datori di lavoro. Le ragioni di tale scelta, si ricollegano, come si evince dalle parole delle donne intervistate, a questioni logistiche ed organizzative dei servizi e al poco tempo libero a disposizione. Le interviste condotte e l'analisi qualitativa, così, hanno consentito di integrare le informazioni desumibili dai dati statistici.

Sono emersi, inoltre, episodi legati a pregiudizi o stereotipi, analogamente a quanto riscontrato fra le donne ucraine, anche se sono considerati eventi sporadici. Centrale, in ogni caso, fra donne di questa nazionalità è il ruolo delle reti comunitarie, a differenza di quanto avviene fra le immigrate ucraine. E' a livello associativo, oltre che familiare, infatti, che le donne di origine filippina trovano ausilio e sostegno per superare le barriere e gli ostacoli. E' significativo il fatto che a Napoli, per far fronte ai problemi legati all'accesso ai servizi, una delle associazioni filippine, organizza percorsi medici specifici sul territorio, a titolo gratuito, con l'ausilio dei network locali e dei datori di lavoro. La decisione di far riferimento o meno, ai servizi sanitari del territorio, come emerge dalle parole delle intervistate, può ricollegarsi, inoltre, al ricorso a forme di pluralismo medico, ad approcci medici "tradizionali", la cui conoscenza è tramandata fra le generazioni, come si vedrà nei paragrafi successivi.

9. 6 - Narrazioni del parto fra network e diritti lavorativi

L'esperienza della maternità ed i vissuti inerenti la gravidanza, il parto rappresentano momenti centrali nella vita delle immigrate intervistate che contribuiscono a ridefinirne le identità, i ruoli, in ambito familiare sociale e lavorativo. Gli studi che hanno evidenziato il carattere di evento biosociale della nascita, l'influenza dei fattori legati alla classe o all' etnia in riferimento ai

processi di medicalizzazione o le peculiarità di tale esperienza in ambito migratorio, come si è visto nei precedenti capitoli sono molteplici (Ranisio, 2012; Jordan (1978, 1984) Kitzinger (1978), Sheper-Hughes, Lock (1987), Duden (1994, 2006), Davi Floyd e Davis (2010) e in Italia Ranisio (1996, 2006, 2010, 2012), Giacalone (2013, 2006), Falteri (2013) Pizzini (1999); Martin (1987); Lombardi, 2005; Bonfanti, 2012).⁵⁰⁹

Le problematiche che le immigrate hanno nel rapportarsi ai servizi sanitari in gravidanza possono essere molteplici, nonostante le normative volte alla tutela della maternità delle donne straniera. Esse possono essere fortemente intrecciate alle condizioni lavorative, alla regolarità giuridica, alle reti presenti sul territorio, ma anche, all'organizzazione dei servizi ed all'attenzione volta alle specificità di tale esperienza in ambito migratorio degli operatori sanitari. I percorsi in tal senso possono essere differenziati ed eterogenei.

In questa ricerca e nel corso delle interviste si è focalizzata l'attenzione sulle esperienze inerenti la maternità delle immigrate provenienti da Filippine ed Ucraina, sui significati, le percezioni i vissuti della gravidanza del parto e del periodo successivo ad esso in Italia, approfondendo il rapporto con i servizi sanitari, con medici ed ostetriche e le difficoltà inerenti la mancanza di una rete relazionale e di supporto. Nel contesto migratorio, infatti, come è stato evidenziato in altre indagini, viene a mancare, sovente, “quella rete di sostegno, fatta di aiuti reciproci assistenza, presenza quotidiana” che rende il parto un “momento centrale della vita femminile” (Giacalone, 2006: 208). Nel caso in cui le immigrate abbiano già avuto dei bambini nel paese di origine si è cercato, inoltre, di comprendere quali siano state le differenze nel vivere la gravidanza, il parto ed il puerperio nei due paesi. Una ulteriore dimensione affrontata nel corso delle interviste, infine, attiene al rapporto fra maternità e lavoro, in virtù del fatto che l'ambito lavorativo è centrale nell'esperienza migratoria delle donne provenienti dalle Filippine e dall' Ucraina.

Il rapporto con i servizi sanitari, inoltre, può ricollegarsi alle concezioni che le donne possono avere della medicina o del parto e delle prassi di medicalizzazione diffuse in Italia. Concezioni che rinviano in maniera ibrida, agli universi simbolici e culturali dei paesi di provenienza. Il ricorso tardivo ai servizi sanitari, così, può

⁵⁰⁹ Si rimanda a riguardo al Cap. Il par 2.3

essere legato alle difficoltà occupazionali e ad una condizione di precarietà, ma anche, alle volte, ad una scelta consapevole.

9.6.1 - Le esperienze del parto fra le donne ucraine

Possono esservi considerevoli difficoltà legate all'accesso ai servizi come ha evidenziato Sv., referente sindacale ed informatrice privilegiata, fra le donne ucraine anche nella fase della gravidanza e del parto, seppure i percorsi di maternità siano, ad oggi, abbastanza tutelati e si presti particolare attenzione ad essi in ambito sanitario. Le esperienze ed i vissuti della donna sono, a riguardo, estremamente significativi come racconta lei stessa, affermando:

“Sì certo ci sono! Ci sono problemi per gravidanza. È vero che io sono da tanti anni in Italia, ma la prima gravidanza è stata tragica! Io sono arrivata al settimo mese senza assistenza sanitaria.” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Sv. è giunta in Italia nel 2000, molto giovane, assieme al marito nell'ambito di un progetto migratorio, fin dall'origine familiare e dunque, per certi versi, atipico rispetto a quello di molte sue connazionali. La scelta di lasciare il paese di origine si ricollega alle difficoltà economiche in quanto, pur lavorando non recepiva alcuna retribuzione, mentre il marito al posto dello stipendio era ripagato con una “cassa di chiodi”. A Napoli ha avuto tre figli che hanno attualmente dodici, sei e quattro anni. La sua prima gravidanza, tuttavia, nel corso della quale ha rischiato di perdere il bambino, è stata particolarmente difficile a causa della situazione occupazionale che viveva. Nei primi mesi la madre del suo datore di lavoro, l'accompagnava a fare i controlli medici, mentendo sulle sue condizioni. A riguardo racconta:

“Lavoravo di giorno presso una famiglia che tanto mi volevano bene ... In faccia e tanto mi volevano male alle spalle! Praticamente mi hanno portato da un medico che ... Parlava con la signora, la mamma del mio datore di lavoro e dicevano che io ero a rischio e potevo perdere il bambino. Quando io dicevo “No io ho mal di pancia sotto!” Lei [la madre del datore di lavoro] diceva “Questo è una cosa normalissima!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Sv., così, ha continuato a lavorare, fino al settimo mese di gravidanza, come baby-sitter sebbene svolgesse al contempo anche attività in ambito domestico, poiché come avviene spesso, il confine fra le mansioni ed i compiti da svolgere non è così delineato. Una vicina di casa, poi, vedendola in difficoltà, ha deciso di aiutarla, portandola a fare dei controlli medici ed in riferimento a ciò ricorda:

“Sì. Io avevo ventidue anni, ero tutta piena di forza e anche durante la gravidanza non sentivo questo peso della pancia e tutto! Magari anche al settimo mese, salivo sulle scale, lavavo vetri. Poi vicina di casa si è accorta che stavo uscendo proprio con mani sulla pancia, e ha detto “No ma tu dove vai, vai ancora a lavoro?” E poi quando ci siamo rivolte al suo medico ... vicina di casa ha portato al suo medico che stava pure a Loreto Mare, dove ha partorito ultimo figlio, praticamente lui ha detto che io dovevo stare allettata tutta la gravidanza ed io invece ho fatto tutto di più!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

La ragazza è stata, così, costretta a fermarsi, ma le problematiche sono state considerevoli anche successivamente, seppure avesse un contratto di lavoro. Le sue parole a riguardo sono estremamente significative:

“Sì, allora io avevo un contratto di lavoro domestico che loro dicevano che ...Ce l'avevo! Però sai com'è? Loro con mentalità che noi siamo loro proprietà! Schiavi! Così andavamo avanti! Quando abbiamo toccato che abbiamo diritti pure noi, perché comunque io c'ho una famiglia è diventato un problema! Poi un'altra cosa che non c'era ... io non c'ho proprio contributi versati! Loro pagavano lo stipendio basso! Noi lavoravamo con 390 Euro, questo era il mio stipendio! Quando [il datore di lavoro] aveva 400 Euro in mano manteneva così, finché io non facevo vedere 10 Euro! Lei diceva “Bambino ah, che bello! Che bello!” [...] Io oltre a guardare a bambini potevo fare anche altre cose e più facevo più serviva fare! Quindi stavo a casa di questa famiglia, da mamma in fabbrica e ero incinta, mi sento un po' strana! [...] Loro dicevano che pagavano contributi e tutta queste cose, quando poi alla fine mi sono ribellata, ma non è che mi sono ribellata per volontà... Non ce la facevo proprio! Alla fine il dottore mi ha detto “Devi fare questo!” mi ha dato medicine per mantenere il bambino.” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Sv. per altro, ha ribadito come non conoscesse i suoi diritti nell'ambito della maternità, analogamente a molte sue connazionali, poiché sovente le condizioni di lavoro sono dettate dai “caporali”. Afferma, infatti:

“Solo se io lavoravo pure sabato, avevo solo domenica libera, chi mi diceva queste cose? Donne che stavano nella villa che si raggruppavano? Ma neanche loro conosceva diritti! Tutti lavoravano e più schiavizzati possibile meglio era! Ora non si trova lavoro, si comunica di più fra di loro ... prima era davvero difficile! [...] Ma questa era di caporalato anche di connazionali che comandavano. Comandavano questa cosa, di essere così obbedienti a datore di lavoro, sono proprio questi caporali che ti istruiscono e dicono “Tu questa cosa sei venuta a fa! [...] Io comunque ho fatto causa al datore di lavoro!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Dopo la nascita del suo primo bambino, nel 2004, Sv. aveva ventidue anni ed ha deciso di fare causa al proprio datore di lavoro per la mancanza di riconoscimento di qualsiasi diritto in ambito lavorativo. Si è rivolta così, inizialmente alla CGIL, dove le avevano proposto di fare una conciliazione ed in seguito ad un sindacato di base, presso il quale la donna ha successivamente iniziato a lavorare.

Attualmente è responsabile del settore immigrazione del sindacato e difende i diritti lavorativi degli stranieri. Lei ed il marito hanno subito, per altro, intimidazioni e minacce da persone legate alla malavita locale per conto del suo ex datore di lavoro che era un imprenditore e voleva costringerla a firmare le dimissioni. Grazie all'intermediazione di un conoscente sono riusciti, tuttavia, a "mediare" con il "clan" di coloro che li minacciavano e sono andati così, avanti con la causa di lavoro, che poi hanno vinto.

L'esperienza del parto in ogni caso, per Sv. non è stata particolarmente problematica, sebbene sentisse la mancanza della madre, come ha raccontato nel ricordare tale evento. Consapevole dell'assenza di una rete di ausilio e supporto sapeva di poter contare solo su sé stessa, ed in riferimento al rapporto con medici ostetriche ed operatori sanitari racconta:

"Io durante il parto sono aggressiva. Ho scaricato su quei poveri medici tutta aggressività di gravidanza. Io travaglio è iniziato a mezzanotte all'una alle due ho partorito! Perché io ho detto a loro che dovevo partorire dicevo "Dhe mi mettete a fare su letto?" Io, poi, alla fine mi adeguavo a qualsiasi medico. Com'è bello quando c'è tua mamma vicino! Io spezzavo la mano all'infermiera! Marò che dolore! Io venuta con vestito di jeans tra un dolore e un altro Praticamente tolgo i vestiti in un attimo e butto in faccia a infermiera ... ho detto "No ora fammi andare in sala parto" Ho capito che questa è sala parto qua si partorisce ... Poi ho sentito "viola", "verde" che per me è segno che mio figlio stava soffocando! Loro dovevano tagliare e ho avuto punti ... immagina che bellezza dopo! E' un dolore! Però più bello non c'è! Poi mi hanno messo questo "cosarello" bianco ... I medici in ogni ospedale mi hanno fatto sentire come familiari miei! Io sono terribile. Io tutto dolore scaricavo sulla mano [...] Visto che io sono molto, diciamo ... Faccio comandante di me stessa, e allora comando pure i medici pure durante parto! Anzi io sono proprio peggio durante parto, perché dico "Io sono io pronta a partorire, voi non so se siete pronti, io sì!" Praticamente in prima gravidanza, infatti, ho avuto diversi punti perché stavo o soffocavo bambino che ne so io che stavo combinando ... Però ho partorito!" (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

I ricordi del suo secondo e terzo parto si intrecciano alle vicende legate alla sua attività sindacale. Durante la sua seconda gravidanza, infatti, Sv. lavorava al sindacato ed alcune complicazioni sono intercorse proprio alla fine, quando ha scoperto nel corso dell'ultima analisi di non avere più liquido amniotico. A riguardo ricorda:

"Secondo senza acque... Mi ricordo soltanto dottoressa che mi stava facendo "No cara non ti preoccupare fra poco partorisci". E mi ha spinto sulla pancia e ho partorito! Questi sono tutti momenti ... Pochi momenti di sofferenza! Il secondo parto ho fatto tutte le analisi e sono arrivata con cartella clinica... Questa qua [mi mostra un faldone del sindacato], e stavo lavorando al computer e con gambe

alzate lavoravo con cartella! Sono scesa a fare tracciato a Incurabili e là sono rimasta... .. Io in pullman avevo problemi stavo sudata, schiattata e nessuno vedeva pancia mia. Quando io prendevo pullman... Io in pullman avevo problemi che stavo litigando .., Nessuno, neanche sedia! Non mi reggo in piedi! Sono rimasta senza acque, e la dottoressa aveva lo stesso dolore di capelli di L. quando mi ha visto [un'amica che intento è arrivata, con i capelli di colore rosso]! E senza acque avevo dolore fortissimo! Io avevo dolore talmente forte perché senza acque, avevo dolore fortissimo il parto è più doloroso! E dicevo ma che cos'è che non riesco a cacciare proprio questo bambino fuori! Ad un certo punto lei, perché era bassina a Incurabili, ha messo scalini, è salita sopra su scalini, mi stava strucinando sulla testa e poi mi ha premuto sulla pancia e ho partorito! Il mio bambino esce così con la testa e poi alla fine subito ribaltano e alzano con piedi sopra ed io vedevo questo bambino che deve urlare!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

La donna, inoltre, in riferimento alle attività lavorative svolte quando era in attesa del suo secondo figlio si è soffermata anche sull'episodio legato ad uno sgombero di immigrati per il quale è stata impegnata dalla mattina presto fino alla sera:

“Non sai che cosa ... Io comunque stile mio diciamo di attività, io sono molto attiva, quindi ho superato per esempio in seconda gravidanza, ho superato pure ...Non sgombero, però diciamo abbiamo evitato uno sgombero, e abbiamo fatto trasloco di duecento persone in una giornata. Io sono arrivata prima, alle cinque di mattina sul posto dove dovevamo fare il trasferimento” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Sv. ha raccontato, infatti, di concepire la gravidanza come un evento fisiologico e non da medicalizzare, per cui, per il suo secondo e terzo figlio ha scelto di fare controlli ed ecografie solo negli ultimi mesi. Sostiene a riguardo:

“Allora gravidanza mie sono comunque complicate, perché io non sono quelle donne che prendono gravidanza come malattia! E praticamente io a fine parto ero con la cartellina sottobraccio, scendo e vado a partorire direttamente in ospedale! Però ringraziando a Dio non avevo più gravidanza a rischio!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

La decisione di vivere la gravidanza in maniera poco medicalizzata, per altro, può ricollegarsi anche alla sua concezione della medicina, dal momento che nella località in cui viveva, in Ucraina, si fa particolarmente ricorso a rimedi naturali ed erboristici, di cui anche la madre è a conoscenza. Il vissuto della donna in gravidanza, inoltre, è legato alle sensazioni alle percezioni che prova ed a riguardo ha raccontato come quando era in attesa dei suoi figli avvertisse una sorta di secondo battito cardiaco, che inizialmente non riusciva a spiegarsi. Quando aspettava il suo primo bambino, infatti, si è recata in Ucraina pensando di avere

un problema legato allo stress, per poi scoprire in seguito ad una ecografia di essere incinta. In riferimento agli esami medici relativi a questi periodi racconta:

“Sì. Ultimi mesi [...] Per mia scelta! [...] bambino sentivo da due, tre settimane ... Io sentivo in orecchio secondo battito di cuore! [...] Invece ti sto dicendo che ho percepito talmente bene la sensazione della gravidanza che io mi accorgo senza ... Praticamente in prima gravidanza ho saputo in Ucraina. In tre mesi loro facendo ecografia dicevano battito di cuore e quel battito mi è rimasto! Capito! Perché io ho capito che cosa percepivo per tre mesi e nessuno mi diceva! [...] Sì! Se ogni gravidanza ho avuto due ecografie sono tante! [...] Io sono piccola magra se mi stendevo io vedevo perfettamente come stava bambino ... Gravidanza è una cosa naturale e su questo mi basavo perché stavo dicendo “Ma perché devo prendere tutte queste cose?” Anche in Ucraina è la stessa cosa dell’Italia, ma sono io che credo che la gravidanza è una cosa naturale. Perché devo prendere tutte queste cose?” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

L’ultimo parto, invece, è stato per lei particolarmente rapido, anche se sempre intrecciato ad episodi legati a lavoro. Racconta, infatti:

“Con terzo sono venuta in ospedale che c'era signora dietro barella, perché non mi potevo più alzare era tardi, che stava dietro che voleva, che pensava che portavano al pronto soccorso ...Quelli invece mi stavano portando direttamente in sala parto neanche travaglio! E lei stava dicendo “No ma io devo venire, che devo stare con lei, io sono la mamma!” “No, non si può!” E mi hanno portato direttamente a sala parto! A sala parto mi ritrovo con mia amica ... ho fatto amicizia con una signora ce l'aveva in cura sua, una ragazza moldava ... Questa da giorni mi cercava la scheda mia dove c'era numero di telefono mio, [...] Praticamente a mezzanotte, arrivo all’ospedale chiamo un emergenza perché giustamente parto spontaneo, tempo che arrivano i medici io partorisco pure! Praticamente tempo che cinque, sei minuti che avevano chiamato medici, io ero già partorita! Che il bambino già stava in braccio di questa dottoressa! Però immagina ... io mi arrampico sempre su questa barella, posto di gambe stavo mettendo braccia! ... Ed io partorisco lei dice “Ma io ti dovevo chiedere una cosa io c'ho problemi con ... Io partorivo e lei mi raccontava che aveva dei problemi! Praticamente io per tutte queste situazioni di vita mi sento aliena, proprio di altro mondo! [...] Perché ho partorito a mezzanotte, verso le tre arrivata l'infermiera per cambio di turni o qualcosa ... E stava dicendo ragazzi avete sentito è arrivata una mamma che in un attimo ha partorito! Io stavo dicendo ma ero io! Alle sei di mattina mi sa che loro avevano i cambi di turno, alle tre finito flebo, io staccato flebo, ho detto “No, vabbè non sveglio, tanto comunque riesco a resistere fino mattina” E lei arrivata di mattina stava dicendo “Hai sentito stanotte è arrivata una mamma che ha partorito subito!” Allora, visto che già sapevo sensazione che ci sono durante parto, non volevo soffrire, praticamente io stavo aiutando al bambino uscire ... Sai come fosse quei corsi che fanno per parto!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

I periodi successivi al parto, tuttavia, sono stati per Sv., , analogamente a molte neo madri straniere, particolarmente difficili e segnati, alle volte, anche da problematiche psicologiche, per la situazione di solitudine in cui versava e

l'assenza di una rete di sostegno. Nonostante le difficoltà la ragazza in ogni caso è riuscita ad allattare i suoi bambini. Afferma infatti:

“Dopo ogni gravidanza ho avuto problemi psicologici di tutto, perché giustamente nessuno che mi poteva magari consigliare minime cose vabbè...

Era difficile, perché sai com'è quando per esempio per pediatra in ospedale, come fanno ti scrivono devi presentarti dopo sei otto giorni dalla nascita del bambino, dopo due tre giorni ti fanno uscire perché ho partorito naturale ... Poi fai una visita e poi devi cercare pediatra. Non è che ti spiegano in ospedale questa cosa! Io giustamente chiedevo e poi come si fa? Chiedevo a mia vicina ... E giustamente in quel momento... [...] Non c'era neanche Internet come adesso dici vabbè io su Internet c'è tutto quel mondo di amici chiedo a qualcuno! No non c'era ancora possibilità di questa cosa! Abbiamo comprato un computer senza internet, quindi cercavo di scoprire come fosse... Mia mamma ... In quel momento c'erano i cellulari, però io non chiamavo dal cellulare, io chiamavo che infilavi scheda in telefono! Quindi fuori e potevi parlare! Giustamente con mia mamma ho parlato dopo due settimane dicendo come stavo, però intanto già mi sono abbuffata di cioccolato e mio figlio stava scoppiando di allergia! Perché io pensavo che faccio bene perché così c'ho il latte! E lui invece aveva mal di pancia, faceva, pazzo quindi!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Sv., inoltre, in seguito alla nascita del suo primo figlio, avendo perso il lavoro, ha preferito restare a casa otto mesi per dedicarsi a lui, per poi riprendere a lavorare part time, come domestica, presso alcune famiglie che le consentivano di portarlo con sé. Ricorda, infatti:

“Con primo figlio guarda che io superato diversi mesi proprio tragici! Perché era per esempio sei, sette mesi che lui piangeva sempre di notte ed io magari di notte, perché non mi faceva dormire, lo mettevo sulla mia pancia, gli riscaldavo il pancino suo, lo dondolavo così e mi addormentavo! Perciò otto mesi sono stata a casa bloccata! Poi ho cominciato a scendere da casa, perché avevo problemi con permesso di soggiorno, andavo a fare piccoli servizi in poche case, magari mettevo bambino in carrozzina dondolavo con piedi! E qua lavavo! [...] Sì, portavo con me! No ma già questo fatto che io trovavo le famiglie che mi permettevano di portare lui! Primo figlio talmente era sterilizzato tutto! Casa, lui! Non poteva cadere goccia di acqua che subito stavo pulendo! Talmente sterilizzata che lui è allergico!” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

I vissuti di maternità delle immigrate in ogni caso, sono sovente segnati dalle separazioni. Sv., così, per le difficoltà di conciliare il lavoro con le necessità dei suoi figli ha temporaneamente affidato suo figlio maggiore alla nonna in Ucraina, per poi farlo tornare in Italia a causa delle difficoltà di tale situazione, ma si è poi, vista costretta a lasciare lì la sua seconda bambina. Vive pertanto i disagi e le sofferenze di una maternità a distanza, caratterizzata da pratiche e dinamiche transnazionali.

Fra le donne ucraine intervistate che alle volte hanno lasciato nel paese di origine i propri figli, la maternità in Italia, a differenza di Sv., può presentarsi come evento non previsto dai progetti migratori iniziali, poi ridefiniti per la ricostituzione di nuovi nuclei familiari e dal ricongiungimento con i propri figli rimasti in patria, come nel caso di O.

La donna arrivata in Italia il 24 dicembre del 1999 aveva inizialmente un progetto migratorio a breve termine, pensando di lavorare a Napoli solo qualche mese, per poi tornare nel paese di origine dove aveva lasciato il marito ed il figlio che al momento della sua partenza aveva quattro anni e mezzo. La permanenza in Italia si è tuttavia, prolungata, come avviene spesso influenzando anche sui suoi rapporti coniugali. O. ha infatti deciso di divorziare dopo aver scoperto il tradimento del marito. In occasione di una vacanza in Francia con suo figlio in autobus ha, poi, conosciuto il suo attuale marito, dal quale hanno avuto una bambina, nata a Napoli. La donna ha due lauree e quando era in attesa di sua figlia lavorava presso l'International shop in Piazza Garibaldi. In riferimento al periodo della gravidanza e del parto sostiene *“Non ho avuto nessun problema. Non posso dire che ... nessun problema!”* (Intervista a O., ucraina, Napoli, 2016)

O. ha una percezione positiva dei servizi sanitari in Italia ed ha partorito in un ospedale della città di Napoli, il Loreto Mare. Il parto è stato per lei una esperienza non problematica, sebbene abbia raccontato che nel corso del travaglio il personale sanitario le abbia chiesto di tornare in camera e mostrare i documenti del soggiorno. A riguardo racconta:

“Ma lo sai che cosa tutto bene e tutto a posto sempre cambiate lenzuola sempre portato bambino. Unica cosa che non mi è piaciuto è che prima che partorita, già cominciato a uscire bambino diciamo, e lor ha detto “fa vedere permesso di soggiorno!” io con tutto il male che avevo già ogni tre minuti tornata mia stanza preso carta d'identità, permesso di soggiorno, codice fiscale e mi ha fatto entrare. Questa unica cosa che non mi è piaciuta! [...] A Loreto Mare ricordato che io non ce la facevo a camminare ma loro ha detto “porti tutti i documenti qua”. Sono tornata a mia stanza e dopo partorita, bene diciamo da sola, da sola, loro stai vicino controllato bambina tutto a posto. Poi hanno detto “ce la fai?” e mi hanno fatto andare da sola. [...] E questa cosa unica cosa che non mi è piaciuta. Poteva chiedere mi ha fatto vedere prima di arrivare a ospedale ho fatto vedere tutti i documenti mia, e questa cosa o qualche persona che ... ma lo stesso ho partorito bene da sola. Poi da parto io uscita in piedi non mi ha portato a mia stanza. Hanno detto come ti senti? Io ho detto “Eh così, così!” perché naturale sempre più facile da cesareo. E loro “ce la fai ad andare in piedi?” Mio marito è stato vicino ho detto “sì faccio compagnia!” E loro ha detto “Eh allora vattene!” Unica cosa che un po' lo sai che ... il mio bambino è già quasi uscito e loro ha detto portare tutti i documenti.” (Intervista a O., ucraina, Napoli, 2016)

Rispetto all'esperienza in Ucraina, in ogni caso O. sostiene di essersi trovata meglio in Italia per alcune complicazioni insorte al suo bambino nel paese di origine. Afferma infatti:

“A me mi è piaciuto di più come ha partorire, pure dottori... qui. Perché controllano bambini bene. Siamo stati tanti anni che mio figlio ha preso malattia ed ha preso da ospedale. Stafilococco ha avuto quando uscire da ospedale. Qui invece tutto a posto ha controllato bambina sempre, dato mangiare ha cambiato sempre lenzuola. Unica cosa che hanno chiesto documenti.” (Intervista a O., ucraina, Napoli, 2016)

In ospedale ha avuto l'ausilio del marito affermando *“Sempre stati io e mio marito e mio figlio. Tutti e tre, sempre facevi i turni!”*

Il periodo successivo al parto è stato in ogni caso particolarmente faticoso rispetto alla sua prima gravidanza, anche a causa di un intervento della sua seconda figlia ricoverata alcuni giorni al Santobono, in seguito al quale non è riuscita a proseguire l'allattamento. E' stata costretta, così, a riprendere il lavoro per ragioni economiche e ad affidare sua figlia ad una “amica” che le ha fatto da baby sitter.

A riguardo, racconta:

“Il problema che quando lei operata ha perso latte! Ho cominciato a comprare il latte ed era un poco caro. Per questo andati tutti e due a lavorare! [Più faticoso] Sì, perché quando ho chiamato un'amica mia sempre facevo regalo qualcosa di soldi perché lei stata senza lavoro, lei venuta aiutare a me. Io non che dato stipendio, non potevo dare, ma qualche aiuto, qualche cosa da mangiare, qualcosa di soldi ... e lei mi ha aiutato tanto! Per un anno lei ha aiutato me tanto! Perché io scendeva a lavoro, non perdeva stipendio perché guadagnato bene! A me aiutato solo mia mamma quando ho partorito mio figlio!” (Intervista a O., ucraina, Napoli, 2016)

Riguardo l'ambito lavorativo, O. ricorda come abbia lavorato fino alla fine della gravidanza per poi rientrare una settimana dopo il parto. Racconta, infatti:

“Fino a ultimo giorno, venerdì lavorato, sabato andata a partorire! [...] Ho ripreso dopo una settimana! Dopo andata a operare bambina perché stomaco qualcosa chiuso, e lei ha fatto operazione. Dopo tre giorni, uscita dall'ospedale Santobono, è stata una settimana a casa, e dopo uscita un'altra volta a lavorare! E' venuta la mia amica. Qualche volta amico, qualche volta amica, ma sempre la bambina piccolina, due kili e mezza, sempre braccio, mano così. Io così lavoravo. Ma sempre faceva regali per aiuto” (Intervista a O., ucraina, Napoli, 2016)

Le esperienze inerenti il parto sono, in ogni caso, soggettive e singolari. A. ad esempio, che ha due figli di sedici e nove anni ed ha partorito in Italia la sua seconda bambina, si ritiene particolarmente soddisfatta per l'assistenza medica ricevuta in gravidanza, ma non per l'andamento del parto. Racconta, infatti, come

grazie alla tessera STP, abbia potuto fare tutti i controlli medici presso un consultorio di Napoli e riconosce l'importanza di aver potuto usufruire di servizi gratuiti. In riferimento alle ecografie fatte, la donna ribadisce:

“Era bello perché ... diciamo ogni settimana andavo a fare qualche esame, qualche controllo, qualche ecografia! [...] Qui ho fatto tutti i controlli, tutte le ecografie di tutti e nove i mesi di gravidanza, pure adesso ho un baule di tutte le ecografie, così le ho conservate.” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

La presenza di sua madre, inoltre, ha rappresentato per lei un ausilio dal momento che sebbene lavorasse e non potesse accompagnarla poteva almeno indirizzarla ai servizi.

L'esperienza del suo secondo parto a Napoli, tuttavia, è stata per A. particolarmente dolorosa e difficile e ad essa contrappone il ricordo della nascita del suo primo bambino in Ucraina. Dalle sue parole, inoltre, emergono usi, pratiche ostetriche differenti nel paese di origine che la donna ha rivendicato anche in occasione della nascita della sua seconda bambina, a causa delle complicazioni intercorse. A., infatti, ha ribadito come l'esito del suo secondo parto sia stato positivo grazie all'esperienza acquisita nel corso della nascita del suo primo figlio, poiché viste le difficoltà, ha imposto a medici ed ostetriche, alcune manovre che a suo parere sono state determinanti per salvare la sua vita e quella della sua bambina, minacciando di denunciarli se non le avessero eseguite.

A riguardo, infatti, ha raccontato:

“Allora io parlo per me perché non so, perché magari con me è andata così, e con un altro è andata molto meglio, magari è il parto naturale, quindi non a tutti va bene, però la cosa che mi ha colpito molto è che quando stavo già per partorire, però la bambina non voleva uscire, io già ero stremata che non sentivo niente, e quelli “Spingi, spingi!” E io dicevo “Non posso spingere”, perché avevo dei crampi, c'ho crampi dalla vita in su, in giù non sento proprio nulla e io dicevo dove devo spingere io, e loro senza ... così disinvolti, un po' tranquillità. Dopo il parto io ero di colore blu e pure mia figlia [...] Sicuramente, e poi un'altra cosa, se forse io non avrei partorito la prima volta, è di sicuro che la mia figlia non sarebbe stata viva, sicuro! Perché ad un certo punto, io mi ricordo, che ero già quasi senza vita, perché ero che non avevo le forze e io stavo là sulla poltrona per partorire già. Invece loro erano tutti intorno, così senza fare niente, guardavano! E non sapevano cosa fare. Non facevano niente, solo così con le mani, così nella tasca, due erano davanti ... Vicino alle gambe diciamo e due dottori che stavano ai lati, e non facevano niente perché non sapevano cosa fare! Quindi aspettavano senza fare niente! Io dico, allora se tu prendi con le mani la maniglia della poltrona, se tu stai a destra prendi quella sinistra capito come? E devi spingere la pancia sopra con gomito per far uscire la bambina, cioè spingere con i gomiti. [...] Quindi io ho detto a loro così, così... E loro “No, noi non facciamo queste pratiche!” Io allora ho detto a se tu non fai questa pratica così io ti denuncio

domani! E loro “Eh va beh, facciamo questa pratica così!” E ho partorito dopo quaranta minuti. Io dicevo se non fai così io ti denuncio, ti denuncio, io vi denuncio a tutti quanti! Eh sì, mia figlia è nata di colore viola, ed è stata per tre mesi viola! [...] Secondo me sì, perché io pure parlavo bene. Non ho capito se era ostetrico maschio, che ha detto “Ah volevo proprio assistere ad un parto molto difficile! Lui lo ha detto in napoletano, però io ho capito che sta dicendo! Ma che avete fatto, avete fatto di tutto per avere un parto difficile? [...] Era meglio da sola a questo punto!” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

A solo successivamente, ha avuto conferma che avrebbe anche potuto perdere la vita durante il parto, ricordando:

“Noi forse non abbiamo capito la gravità della cosa, perché io quando ho partorito c'erano altre ragazze in altre camere, che non li conoscevo non li avevo nemmeno visto, e mi guardavano, mi salutavano, mi coccolavano. Però io pensavo come mai? Sinceramente, tutta questa premura da parte loro, non avevo capito! [...] E mia mamma che stava alla fermata degli autobus, fermata e gli dicevano “Signora mi dispiace che sua figlia è morta!” E lei dice “Quando? Io ho parlato con lei mezz'ora fa... quando è morta?” Mia madre si è spaventata! Lei stava là in ospedale e ha conosciuto mia mamma e dice che, quando io partorito dicevano che non c'è niente da fare, questa muore! Non facevano proprio nulla! [...] E quando la signora ha detto a mia madre allora lì veramente abbiamo capito...era un via vai di dottori, tutti da tutte le parti! Ti giuro! [...] E grazie al primo parto!” (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

La donna inoltre si è domandata se non abbia avuto una assistenza adeguata perché straniera ed in riferimento a ciò sostiene:

“Sono stati proprio... magari con me, le italiane magari ... Perché sono straniera e il comportamento era più così!” (Intervista ad A, ucraina, Napoli, 2016)

Nel racconto di A., in ogni caso, i ricordi del primo parto si contrappongono a quelli al secondo, anche per i momenti immediatamente successivi al parto, poiché in Italia sentendosi “stremata” non ha preso in braccio la figlia per il timore di non farla cadere e l'ostetrica ha interpretato tale gesto alla stregua di un rifiuto della bambina. A riguardo racconta:

“Sì, era diverso, poi ero nella capitale pure. [...] Mio figlio è nato di quasi quattro chili e cinquantasei centimetri, è grande e pensa, niente, non ho sentito nulla! Invece qua mi hanno tagliato, hanno rotto, hanno fatto di tutto e di più tranne cesareo! Anche se lo chiedevo perché lo vedevo che già non ce la facevo proprio più! Loro dicevano “No decidiamo noi come devi partorire!” [...] Si pure una cosa, per esempio la prima volta, mi hanno preso mio figlio, l'hanno messo sulla pancia, cioè era una cosa bellissima! Qua invece tutto un macello, hanno preso, hanno portato. [...] E poi avevo paura che cadeva! Perché ero stremata! E lei [l'ostetrica] uscendo, con la bambina, perché pure mio marito era presente, ha dato a lui e dice “Eh prenda almeno lei perché sua moglie non la vuole prendere!” Però non era vero! Perché dico ma dalle otto di mattino che stavo

sotto flebo con tutte e due le mani ... E lei non aveva capito che ero stremata! Che avevo paura perché non l'avevano avvolta, non in una cosa piccola, ma in una coperta grande e marrone, quindi era grande pure! E per paura di non buttarla non l'avevo presa! E mio marito dice "Eh ma come mai non l'hai voluta prendere!" E io "Io non l'ho voluta prendere?" ... Pure questo! Quindi dopo tre mesi, più o meno, abbiamo capito che in ospedale tutti pensavano che stavo per morire diciamo così [...] Io dopo un mese. Una sciocchezza però hanno cucito con i punti, hanno fatto con i cosettini che si devono tirare! A me in Ucraina hanno fatto con quelli che si sciolgono da soli! Invece qua, dopo parto, ti devono pure tirare tutto! Cioè hanno cucito pure senza anestesia e niente, veramente un macello! E poi io dopo un mese quando sono venuta a togliere sti punti, ho visto in ascensore questo medico che mi ha fatto partorire, io pensavo davvero che sparisse, perché davvero lui non sapeva dove girare la testa!" (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

La donna, in ogni caso, valuta positivamente il sistema sanitario italiano per i suoi principi universalistici, riconoscendo come in Ucraina una migliore assistenza si ricollegli al fatto di aver scelto di partorire in una struttura a pagamento. Sostiene, infatti:

"Eh allora si paga, se non si paga si comportano uguale! Era pagato, però meglio pagato però normale!" (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

In ospedale A. ha avuto l'ausilio della madre a racconta di non essere riuscita ad allattare poiché racconta:

"Allora, no il primo non l'ho allattato quasi per nulla perché non avevo il latte. E anche il due era così, perché neanche la prima volta non avevo tanto latte, quindi non ho allattato io!" (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

Negli ultimi mesi di gravidanza, la donna, ha preferito, in accordo con il marito, non lavorare ma essendo irregolare non ha potuto usufruire della maternità. E' poi tornata nuovamente a lavoro poco tempo dopo la nascita di sua figlia, alternandosi, per badare a lei, con sua madre. Ricorda, infatti:

"Mia madre era a Napoli, non abitava con noi però per un periodo veniva a dare una mano. Lei lavorava di mattina ed io di pomeriggio... Abbiamo fatto un po'... giustamente con due figli devi per forza lavorare! Mio figlio aveva quattro anni quando siamo arrivati!" (Intervista ad A., ucraina, Napoli, 2016)

E. ed Av., che analogamente ad A., hanno avuto il supporto della madre, preservano di un ricordo positivo della gravidanza e del parto. E., in particolare, ha preferito farsi seguire in gravidanza da una ginecologa privata ed ha partorito, con taglio cesareo, presso l'Ospedale Annunziata, dove ha raccontato di essersi trovata "benissimo" e di non aver avuto problemi nel rapportarsi a medici ed ostetriche. Riguardo l'andamento del parto racconta:

“No, cesareo. Perché non voleva uscire, ho fatto un po’ più di dieci giorni, loro hanno detto o facciamo cesareo. Ho preferito cesareo, subito me l’hanno fatto quindi ... senza nessun problema! Sono stata contenta, invece! Non ho avuto nessun problema, ho ripreso subito! [...] Sì, anche medici, infermieri sono stati bravi. Io non ho avuto mai problemi su questo! Bello è andato tutto bene. Sono stati tutti bravissimi gentilissimi. L’unica cosa eravamo in quattro in una stanza e quindi ... rimaneva sempre qualcuno e non potevi proprio risposare sia quelle famiglie napoletane proprio ...” (Intervista ad E. ucraina Napoli, 2016)

In ospedale E. ha l’ausilio della madre ed una volta rientrata a casa utilizza il web, i forum e le chat per informarsi anche in merito all’allattamento e successivamente, allo svezzamento. Sostiene che, in tal modo, l’allattamento abbia rappresentato un’esperienza positiva, che si è poi protratta per lungo tempo, ricordando:

“Sì, perché poi sono andata a cercare tutte le informazioni su internet, non ho mai preso quel latte, non ho avuto mai bisogno e siamo stati bene. La prima volta l’ho portata dal pediatra a quattro mesi e mezzo, ma lei era proprio cicciona cicciona! Lei ha detto dobbiamo ridurre, dobbiamo inserire allo svezzamento E ho detto “Come cominciamo?” “E quello che mangiate voi date pure a lei!” E io la guardavo e dicevo, se stasera mangio la pizza la frullo e la do alla bambina? Internet aiuta moltissimo, quindi sono andata a vedere da ricerche, poi tutti questi forum!” (Intervista ad E. ucraina Napoli, 2016)

E. ha lavorato fino al quinto mese di gravidanza, ma dopo la nascita della bambina ha deciso di lasciare il lavoro poiché non aveva nessuno a cui poterla affidare, in quanto anche la madre lavorava. E., in ogni caso, essendo regolare ed avendo un contratto ha ottenuto l’indennizzo di maternità. Preserva un buon ricordo dei suoi datori di lavoro sostenendo:

“Sì, avevo il contratto, mi hanno dato la maternità e poi diciamo abbiamo fatto licenziamento, quindi tutto in regola. Perché da quella signora stavo dal primo giorno che sono arrivata in Italia, quindi i bambini li ho cresciuti, da cinque anni, quando arrivata, fino a diciotto anni! Mi sono trovata benissimo in questa famiglia, pure loro sono stati corretti.” (Intervista ad E. ucraina Napoli, 2016)

Av., che ha due figli di sette e tre anni, entrambi nati in Italia, in riferimento ai periodi di gravidanza analogamente ad E., afferma:

“Eh sì, le esperienze, ormai che provo durante la gravidanza sono sempre belle, da ricordare!” (Intervista ad E. ucraina Napoli, 2016)

La donna, nel corso delle sue gravidanze, si è rivolta a ginecologhe private. L’esperienza del parto del suo primo figlio nato in un ospedale pubblico, in provincia di Napoli, tuttavia, non è stata particolarmente positiva, poiché le è stato richiesto un pagamento ulteriore, proprio per il suo status di “straniera”. La donna

inoltre, che ha partorito con parto cesareo, ha evidenziato alcune incongruenze nelle diagnosi che della ginecologa che la seguiva, raccontando:

“Adesso l'hanno messo come privato, ma prima sette o otto anni fa era diciamo servizio pubblico. A San Giuseppe. Sì, però io non ho pagato tutto... Perché lei diciamo voleva di più, io ho pagato poco, quello che potevo dare, io ho dato. Però se io non pago lei, poi, lei mi tratta male e non mi segue bene, non lo so! Però alla fine ho capito che lei nemmeno mi seguiva bene, perché tutti i mesi sono andata da lei a fare l'ecografia, mi diceva che andava tutto bene. Quando sono venuta a partorire, lei mi ha fatto un'ecografia prima di fare il taglio cesareo e dice che la bimba cresce più grande del dovuto! È una patologia! Io le dico: me una patologia se io sono stata sempre seguita da lei? Non mi diceva mai niente adesso bell'e buono, in tre settimane... Era poco, avevo fatto l'ultimo controllo prima di gravidanza erano tre settimane... dico in due tre settimane è cambiato tutto?” (Intervista ad Av. ucraina Napoli, 2017)

In riferimento al parto cesareo sostiene:

“Cesareo... doloroso dopo! Il parto naturale è doloroso prima! (...) No cesareo era, diciamo, non è che necessario, ho dovuto fare taglio cesareo perché ho avuto anche problema durante la gravidanza, avevo un poco lo zucchero alto, la glicemia alta. Quindi per questo mi hanno fatto taglio cesareo!” (Intervista ad Av. ucraina Napoli, 2017)

In seguito a tale esperienza così, la ragazza, per la sua seconda gravidanza si è rivolta ad una ginecologa della sua nazionalità, impiegata alla clinica ostetrica dell'Università di Napoli dove ha poi, partorito il suo secondo figlio.

Av. ha, tuttavia, trascorso i primi sei mesi della sua seconda gravidanza in Ucraina, dove era tornata temporaneamente assieme al marito, per poi decidere di rientrare in Italia a causa delle difficoltà economiche e del conflitto bellico in corso. In riferimento ai vissuti inerenti questa fase, così, afferma come nel suo paese di origine, a differenza di quanto avvenuto in Italia, non avvertisse lo stigma di essere considerata “straniera”.

Il periodo successivo il suo secondo parto, analogamente alle altre intervistate, è stato in ogni caso difficile, per Av., poiché non vi era la possibilità di poter avere l'ausilio di sua madre, che come lei aveva da poco partorito, ribadendo a riguardo:

“Mamma stava paese vicino! Ma anche lei aveva la figlia! Non potevamo aiutarci, io a lei, lei a me! Ricordo i primi giorni davvero pesanti!” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2016)

Av. ha allattato i suoi due bambini per otto e quattro mesi ed a riguardo ricorda:

“Per me è bello! Meno soldi per le pappe e anche per la salute di bimbi dicono che latte materno fa bene!” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2016)

La ragazza ha lavorato part-time in ambito domestico fino al quarto mese di gravidanza, in maniera irregolare, per poi decidere di interrompere. Afferma, infatti, *“anche mio marito aveva paura che io alzo qualcosa di pesante!”* Successivamente ha intrapreso, invece, un’attività autonoma part-time legata al web marketing, assieme ad altre connazionali, che le consente di avere più tempo a disposizione per i bambini.

Dalle storie delle immigrate intervistate, così, si evince come la rete sociale e la situazione di regolarità occupazionale possano influire considerevolmente sui percorsi legati alla nascita dei figli. I percorsi di accesso alle cure o di controlli legati alla gravidanza possono essere facilitati dalla rete familiare dal network. Le vicende di E., A, ed Av., che avevano l’ausilio della madre al momento della nascita dei loro figli, si differenziano considerevolmente da quelli di Sv. che non aveva alcuna rete di supporto una volta giunta in Italia assieme al marito.

Emblematica a riguardo anche la vicenda di V., nella quale, si intrecciano difficoltà economiche e carenza di informazioni. La donna priva di permesso di soggiorno e di una rete di supporto sul territorio, quando ha scoperto di aspettare un bambino, viveva a Pisa da cinque mesi. Per timore, vista la sua condizione di irregolarità, ha preferito eseguire gli esami medici in Polonia, mentre in Italia non ha mai fatto alcun controllo ed ha poi deciso di far rientro in Ucraina, sebbene anche nel paese di origine la situazione familiare ed economica sia molto complessa. E’ tuttavia sola e a riguardo sostiene:

“Ora vorrei tornare a casa perché ora non ce l’ho lavoro. Io sono venuta in Italia per studiare per imparare bisogna lavorare bisogna avere soldi... però ora ... sono un po’ in difficoltà” (Intervista a V., ucraina, Pisa, 2017)

Dalle interviste condotte alle donne ucraine si evince, in sintesi, come i percorsi di maternità siano strettamente legati a quelli lavorativi, al riconoscimento dei diritti in tale ambito e alla presenza di una rete di ausilio e sostegno sul territorio. Si è visto, così, come l’esperienza di Sv. a Napoli o di V. a Pisa sia estremamente diversa da quella di E., A. o di Av., che a differenza delle prime due donne, hanno avuto l’ausilio della madre e di altri familiari, ai quali, seppure da adulte (come nel caso di E. o di A.), si sono ricongiunte. E’ stato possibile, inoltre, riscontrare una valutazione positiva dei criteri universalistici del sistema sanitario e dell’assistenza ricevuta in gravidanza, anche in una situazione di irregolarità. E’ tuttavia, il periodo successivo al parto quello più difficile da

affrontare, soprattutto in assenza di un network familiare sul territorio. Nelle esperienze delle donne intervistate, inoltre, non sono emerse, particolari difficoltà in ambito relazionale con medici o ostetriche, anche se per alcune di esse, come nel caso di O. e di Av., sono stati riscontrati episodi discriminanti nei loro confronti in occasione del parto.

9.6.2 - I racconti del parto e la centralità delle reti comunitarie fra le immigrate filippine

Dai racconti delle immigrate filippine inerenti la nascita si evince come le modalità del parto, le forme di ritualità ed i saperi tradizionali che si associano ad esso possano essere, nel contesto migratorio considerevolmente differenti rispetto al paese di origine.

Nelle Filippine, infatti, al parto in ospedale, che per le caratteristiche del sistema sanitario privatistico, implica considerevoli costi economici, si affianca quello in casa, ancora particolarmente diffuso, soprattutto nelle località di campagna, nelle regioni più remote o fra le fasce della popolazione economicamente più svantaggiate (Intervista alla ostetrica filippina, Napoli, 2015; Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2015). In tal caso la nascita, accompagnata da massaggi tradizionali nei quali si utilizzano olii, acqua calda e tocchi delicati, coinvolge le donne della famiglia, il marito ed una levatrice di comunità, “hilot”, che segue la madre anche nelle prime fasi del puerperio e per l’allattamento (Intervista ad ostetrica filippina, Napoli, 2015). Nell’arcipelago, per altro, l’approccio biomedico è sovente integrato a pratiche mediche tradizionali, legate all’uso di erbe, coltivate, alle volte, nei giardini di casa ed utilizzate anche in occasione del parto

Mo., immigrata filippina a Napoli, in riferimento a ciò racconta:

“There are two ways in giving birth, in the Philippines. One is [about] going to the hospital, assisted by doctors... those are the ones that we, the people in the Philippines, call the have-money. But the ones that [are] without money or have less money or, shall I say, the ones living in remote places (because in the Philippines there are people living in remote places, remote areas). So, most of the time, they have what we call the hilot. The hilot, without medicines, without

*anesthesia, they just go the natural way.” (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016).*⁵¹⁰

Emblematico come hilot (termine che designa sia le ostetriche sia figure di guaritori tradizionali che operano attraverso i massaggi), possano essere presenti alle volte, anche nei contesti migratori come hanno messo in rilievo le immigrate sia a Napoli che a Pisa.

Il parto in casa era un tempo particolarmente diffuso nelle Filippine, sebbene, ad oggi con il massivo ingresso delle donne nel mercato del lavoro e la più ampia diffusione di un approccio biomedico, possa essere considerato più “facile” partorire in ospedale, come nel caso di Mo. che ha dato alla luce i suoi figli con taglio cesareo, ed a riguardo afferma:

“Actually, there are times when Philippines can easily give birth. As they do a lot of work, they can also easily give birth “ (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2015)

Mo. ha raccontato come nel caso del parto in casa, infatti non vi sia, la possibilità di praticare un taglio cesareo a differenza di quanto avviene negli ospedali, sebbene le donne filippine preferiscano, il più delle volte, un parto naturale.

Nelle Filippine, inoltre, in occasione della nascita la rete familiare è impegnata a sostenere la madre, cucinando, facendo la spesa, consentendole di potersi dedicare al bambino, all'allattamento, così da poter stabilire un legame unico e simbiotico.⁵¹¹ In contesto migratorio, come si evince dalle interviste condotte, la mancanza dell'ausilio e del supporto che le donne possono avere nel paese di

⁵¹⁰ Il termine hilot si applica alle ostetriche tradizionali, con licenza o senza. Hilot indica per altro anche il tradizionale massaggiatore e corrisponde ad una antica arte filippina di guarigione. Un manghihilot (il praticante di Hilot) e l'albularyo (erboristico) sono solitamente alternative meno costose rispetto al ricorso ai medici nelle Filippine, soprattutto in zone rurali molto profonde. Un Manghihilot impiega manipolazioni e massaggi simili a quelli della chiropratica per la diagnosi e il trattamento dei disturbi muscolo-scheletrici e sono noti per le capacità di ripristinare articolazioni dislocate. Un Albularyo utilizza, invece, le erbe oltre al massaggio. I primi guaritori all'interno delle comunità tribali delle antiche Filippine erano, invece, denominati “babaylans” ed erano principalmente donne. All'inizio dell'epoca spagnola, nei secoli XVI e nei primi secoli XVII, in seguito alla soppressione dei babaylans, leader spirituali del periodo pre - ispanico e delle credenze animiste filippine, si è diffusa la figura dell'albulario che sostituendo le pratiche “pagane” con orazioni e preghiere cattoliche, è riuscito a sincretizzare l'antica forma di guarigione con la nuova religione. Con il passare del tempo, l'albularyo, che è colui che conosce le erbe, è divenuto una figura importante nella maggior parte delle zone rurali delle Filippine. Più tardi sono emersi i medici popolari ed è stata diffusa una formazione medica scientifica. A oggi nell'arcipelago, accanto al personale medico di formazione occidentale, coesistono le figure dei guaritori tradizionali che non hanno una formazione formale in medicina scientifica.

⁵¹¹ Per aiutare l'allattamento in caso di problemi si utilizzano rimedi naturali come il succo di guava un frutto che in Italia non c'è, oppure si miscele con riso zenzero e foglie “moringa” (interviste a Mo., P. colloqui informali con immigrate, 2015)

origine, può creare, alle volte, situazioni di sofferenza e disagio. Nell'ambito della relazione madre bambino, inoltre, nelle Filippine, si attribuisce una valenza considerevole al contatto corporeo e all'allattamento, tramandata fra le generazioni, come hanno raccontato le immigrate intervistate. Si usa, alle volte, far dormire i figli con sé anche per molti anni (talora per ragioni economiche), o tenerli spesso fra le braccia, dondolandoli, cosicché possano sentire "l'amore", l'"affetto", ribadisce una donna intervistata. Per favorire il sonno dei bambini, inoltre, si può far ricorso ad una particolare culla o dondolo la "Duyan" costruita tradizionalmente in canne di bambù, oppure realizzata con un lenzuolo, avvolgente, nel quale i piccoli sono riposti ed il cui dondolio è associato all'uso delle ninne nanne.

All' allattamento, in particolare, è attribuita grande importanza per il legame che consente di stabilire con il bambino, per i contenuti simbolici di amore ed affetto che permette di trasmettere, per la consapevolezza che rappresenta una risorsa per la salute, il sistema immunitario e lo sviluppo cognitivo o psichico dei propri figli, ma anche per ragioni economiche. L'allattamento, così, può essere legittimamente prolungato diversi anni ed è diffusa l'opinione che sia bene allattare "fino a che c'è il latte", sebbene molto dipenda dalle condizioni lavorative della madre.

Mo. a riguardo sostiene:

"As long as a mother has milk, she can give milk. But suddenly, when women have to work, like me... I have to siphon my milk and put it in the freezer, before going to work." (Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016)

Ma. ad esempio, che vive a Napoli da undici anni, ed ha un bambino di sette anni ha raccontato come abbia allattato suo figlio fino ad un anno, su suggerimento di sua madre, anche se poi ha deciso di interrompere, nonostante potesse ancora proseguire. Sostiene, infatti: *"Ha detto mia mamma devi dare fino in ultimo, però io avevo ancora latte!"* (Intervista a Ma. filippina, Napoli, 2016)

Nei contesti migratori infatti, i ritmi ed i tempi lavorativi non sempre consentono di preservare tale possibilità. Dalle interviste emergono, così, le differenze fra il paese di origine, spesso idealizzato e l'Italia, dove le difficoltà correlate alla solitudine ed alla mancanza della rete di supporto possono ripercuotersi sulla relazione che si instaura fra la madre ed il bambino.

Emblematica ad esempio è la storia di O. proveniente da Luzon vicino Manila, che ha tre figli di cui il primo, ormai adulto, nato nelle Filippine, e gli tre due di

nove e sette anni, nati in Italia. La donna rammenta come in occasione della nascita del suo primo figlio, partorito in casa con parto naturale, abbia potuto godere del sostegno della famiglia. E' stata, tuttavia, costretta a lasciarlo all'età di un anno per venire in Italia. Giunta nella penisola i primi anni ha dovuto ripagare il debito contratto dalla suocera per farla partire clandestinamente ed ha rivisto il figlio solo dopo cinque anni. Ha ottenuto, in seguito, il ricongiungimento familiare con grandi difficoltà e quando è rimasta nuovamente incinta lavorava con il marito "giorno e notte". Ricorda di aver smesso di lavorare solo il giorno in cui ha partorito e di essere rimasta a riposo solo un mese dopo il parto (cesareo). Rammenta, inoltre la solitudine in clinica e nel periodo successivo, cosicché, afferma, quando doveva disinfettare il cordone ombelicale "tremava". I suoi datori di lavoro, in ogni caso, le hanno consentito di tenere il bambino in casa con loro, sebbene alla terza gravidanza abbia deciso, assieme al marito, di prendere un appartamento in affitto. Ora è nonna.

In riferimento alle difficoltà legate alla solitudine ed all'assenza di una rete di sostegno è inoltre emblematica l'esperienza di Ca. La donna, che al momento dell'intervista ha sessantadue anni, è separata e vive a Pisa da più di venti anni svolgendo attività di lavoro domestico e badante full time ha, per altro, raccontato di essersi rivolta ai servizi sanitari del territorio per sé stessa esclusivamente nel periodo della gravidanza e del parto. Ha tre figlie di ventuno, diciassette e quattordici anni, due delle quali sono nate in Italia, mentre la prima nelle Filippine. Ca. vive con le sue figlie presso una dependance del datore di lavoro, una donna ormai anziana e molto ricca che dipende da lei anche per vestirsi e per la quale lavora da molti anni. La figlia maggiore, sposata con un italiano, dal quale ha avuto un bambino, abita, invece, in un appartamento autonomo. Ca. è giunta a Pisa, nel 1994 assieme alla sua bambina di tre anni, per ricongiungersi al marito, che era partito in precedenza ed aveva nella città toscana, altri familiari. Questi, infatti, la pregava di raggiungerlo in Italia poiché, racconta Ca.:

“Non ce la faceva più a rimanere senza la sua famiglia senno' si butta di sotto dalla torre! Dove lavorava! E allora la mia mamma ha detto “Ca. decidi tu, ma secondo me fra la carriera e la famiglia te devi scegliere quella che dura di più, la carriera prima o poi si finisce, ma la tua famiglia rimane [...] Per noi filippini la famiglia è più importante. Che poi sai quello che dice i genitori io l'ho sempre detto, anche se mio babbo mi diceva “Buttati dal ponte” Per quale motivo, non lo

dovevo chiedere mi buttavo, senza chiedere nulla, con gli occhi chiusi!” (Intervista a Ca. filippina Pisa, 2016)

La donna, tuttavia, per raggiungere il marito ha lasciato gli studi ed il tirocinio in giurisprudenza ad un anno dalla laurea, così, ribadisce come per lei non sia stato inizialmente facile adeguarsi alla vita in Italia. Ricorda, infatti:

“Te non hai idea come ho sofferto giorno e notte! Con le lacrime! Io salivo sul pullman, leggevo tutto quello che vedevo e non capivo nulla! Sentivo la gente parlare dietro di me e non capivo nulla! Io volevo tornare a casa! Lì per lì volevo tornare a casa! E poi dopo tre mesi che la mia bimba andava all'asilo tornata a casa e mi parlava in italiano [...] Qualcuno mi può dire cosa stava dicendo questa bimba che io non ho capito nulla! Lacrime negli occhi!” (Intervista a Ca., filippina, Pisa, 2016)

Ca. ha raccontato di non avere avuto particolari difficoltà nel rapportarsi ai servizi sanitari al momento del parto, per il quale si è rivolta ad una clinica privata. In riferimento a ciò, infatti racconta:

“Allora personalmente parlando, il parto è bello! Nel senso prendono cura di te dai controlli, medicine, tutte le analisi ... Mi hanno dato persino il latte e i pannolini per i primi tre mesi! E io ho partorito a casa di cura, non all'ospedale! E' stata curata dalle suore, c'è qualcuno lassù che mi segue! Si è stato il mio medico, almeno il mio ginecologo, è stato bravissimo!” (Intervista a Ca. filippina, Pisa, 2016)

La donna, inoltre, in occasione della nascita della sua seconda figlia in Italia e nel periodo successivo, aveva il supporto del marito, che era di aiuto per rapportarsi ai servizi sanitari italiani, consentendole di superare le difficoltà linguistiche. A riguardo sostiene:

“Allora all'inizio c'è sempre lui con me, che ha promesso al mio babbo che si prendeva cura di me, che ha detto “La mia bimba non sapeva fare nulla, non sapeva cucinare, non sapeva persino lavare i suoi intimi!” “Non vi preoccupate, ci penso io, farò tutto io per lei!” E fino alla nascita della seconda, cambiava lui, perché poi è un infermiere! I primi bagni delle bimbe ... Sì, cordone ombelicale tutto lui, sì, sì per il merito suo lo devo dire!” (Intervista a Ca. filippina, Pisa, 2016)

Il racconto del parto nel contesto migratorio, tuttavia, stride fortemente con l'esperienza vissuta nel paese di origine, dove la presenza dei familiari lo aveva reso un evento sociale condiviso. Partorire in Italia, sostiene a riguardo Ca., è stato “triste” poiché, spiega:

“A casa alla prima figlia, sono stata coccolata dalla mia mamma e poi i medici li conoscevano i miei genitori! Sicché un trattamento speciale per questa figliola Ca. è la figlia prediletta è la figlia più grande, la figlia di papà! Coccolata! Non

ho mai, non ho mai ... Si è vero diciamo la verità, non ho mai badato alla mia figliola: lavoravo, studiavo ci pensava la tata alla mia bimba! C'è la mia mamma, c'è la tata, c'è il mio babbo sicché ... Quando sono venuta qui in Italia che ho dovuto fare tutto da me tutto da sola e tutto da me per me era un incubo! Era un incubo! Però sì, come gravidanza qui in Italia è andata bene!” (Intervista a Ca., filippina, Pisa, 2016)

Dal racconto di Ca., inoltre si evince come nelle Filippine siano alle volte diffuse pratiche ibride, sincretiche, a cavallo fra tradizione e modernità sia prima che dopo la nascita di un bambino. A riguardo racconta:

“Io ho partorito all'ospedale, però sono stata curata con un’“anziana”, che faceva i massaggi per abbassare per facilitare, il parto! E poi, anche dopo il parto, ci sono tutte naturale, per guarire la ferita, per i tagli perché fanno, perché quando la testa è grande abbastanza e non passa bisogna tagliare. Bisogna tagliare e questi taglietti sono freschi! Si fanno dei punti però sono sempre freschi e si faceva come sedere in un vaso con dell’acqua tiepida e con tutti questi erbe che si fa che fa ... che aiutano a seccare la ferita!” (Intervista a Ca., filippina, Pisa, 2016)

Traspare, così, in Italia un vissuto di maternità caratterizzato da solitudine e difficoltà, poiché non poteva “contare” sull’ aiuto della rete familiare del marito, il quale, in ogni caso, era impegnato con il lavoro.

Particolarmente difficile è stato, poi, il periodo della nascita della sua terza figlia, segnato da una “*depressione gravissima*”, poiché ha coinciso con la separazione dal marito. Durante la sua terza gravidanza, infatti, ha scoperto che il marito aspettava un bambino da un’altra donna. In seguito alla separazione Ca. si vedrà costretta ad affidare nelle Filippine alle cure di sua madre e sua sorella, la figlia più piccola, appena nata, così da poter lavorare. Riporterà la bambina in Italia all’età di tre anni, dovendo affrontare grandi difficoltà da un punto di vista relazionale. Dopo tre anni, infatti, la figlia non la riconosceva nel suo ruolo di madre, analogamente a quanto hanno raccontato altre immigrate che sono vissute a distanza per molto tempo, dai loro figli piccoli. L’esperienza di maternità di Ca., così è segnata da dolore e separazione, sebbene la donna abbia poi ripreso in mano la sua vita prendendo la patente, trovando il suo attuale lavoro e fondando nel 2006, assieme ad altre connazionali l’associazione filippina di cui è attualmente presidente, per offrire sostegno alle sue connazionali.

I network comunitari ed associativi, come si evince dalle interviste alle immigrate filippine, possono rappresentare sia a Pisa che a Napoli un importante canale per reperire e veicolare informazioni in riferimento alle tutele previste per la maternità

o inerenti la gravidanza, la cura e l'accudimento dei bambini. Sono emblematiche a riguardo le parole di P., presidente di una delle associazioni cattoliche filippine di Napoli, la quale ha evidenziato come una attività di mediazione sia necessaria per aiutare ed indirizzare le neo- madri, che possono avere delle difficoltà anche qualora siano regolari ed abbiano un contratto di lavoro. Sostiene infatti:

“Anche con permesso [le donne in attesa] hanno difficoltà, perché per esempio una mia parente, il marito è mio parente, mio cugino e non c'è la mamma qua, ha detto “Signora ora sono sei mesi che sono incinta!” E io ho detto “E allora tu devi fare la maternità, devi fare tre mesi prima e tre mesi dopo!” Lei lavorava. Ma io detto “Adesso comincia a fare la pratica”. Lei ha detto “dove all’ I.N.P.S.?” “No” ho detto. [...] E allora ti dicono cosa devi preparare e tu comincia a preparare.... Medici dove tu ha fatto la visita all’ inizio della la gravidanza. Ci vuole la mediazione un aiuto!” (Intervista a P., filippina, Napoli, 2017)

La presidente dell'associazione, per altro, è consapevole del fatto che la gravidanza possa rappresentare un momento di ansie e preoccupazioni e dell'importanza di una rete di sostegno, raccontando come, pertanto, abbia esortato suo cugino a stare accanto alla moglie, soprattutto nei periodo successivi il parto. Afferma infatti:

“Importante le cose della mano con dolcezza ti aiuta un poco e poi parlando anche diciamo con psicologa, capire “Non ti preoccupare!”. Perché a volte quando sei incinta sei pieno di preoccupazioni! No? Pensi che devo fare? E tante mille cose nel cervello e allora devi stare calma. Io ho detto a mia cugina che partorisce fra poco ho detto “Tu devi stare calma!” Perché se no veramente non va bene. Puoi alzare la pressione, poi ha avuto queste cose... e poi dopo le gravidanza bisogno sempre qualcuno vicino perché... per allattare e dopo il parto ti senti sola con tutto questo passato. Al marito, a mio cugino ho detto “Senti tu devi stare vicino!” Perché ... ci vuole aiuto al cento per cento deve fare!” (Intervista a P., filippina Napoli, 2017)

L'autorevolezza dei consigli di P., non deriva solo ed esclusivamente dal suo ruolo di presidente e dalla sua esperienza in riferimento alla conoscenza del contesto italiano, ma anche dalla sua età, poiché come sovente hanno raccontato le immigrate, gli anziani sono tenuti in grande considerazione nel paese di origine, e persistono forme di rispetto nei loro confronti che si esplicano anche nel linguaggio o nelle modalità di saluto.⁵¹²

⁵¹² Persone più anziane infatti sono designate con i termini Ate per le donne e Cuia per gli uomini in segno di rispetto. Per la stessa ragione vi è una particolare forma di saluto diffusa anche nei contesti migratori, che implica il portare alla fronte la mano della persona più anziana. (Greco, 2004)

In occasione della gravidanza, del parto e del puerperio, sono diffuse nel paese di origine, pratiche, prassi tradizionali alimentari o mediche, associate a credenze protettive e trasmesse di generazione in generazione, che possono essere riproposte anche in contesto migratorio, in maniera ibrida, come hanno raccontato le immigrate intervistate. Fra queste, ad esempio, quella relativa al non toccare l'acqua per un periodo di venticinque giorni, oppure a lavarsi solo con acqua calda, mai fredda per favorire il restringimento dell'utero dopo il parto, come ha evidenziato a riguardo M. sostenendo:

“Le nonne a Filippine dicono sempre che quando hai appena partorito non devi mai lavare con l'acqua calda [...] Non si lava mai acqua fredda. Devi sempre lavare con acqua calda più tiepida, però più calda di tiepida. Pure quando bere, non devi mai bere l'acqua fredda perché il tuo utero poi si allargherà e non si stringe, dicono le nonne, le nostre usanza delle Filippine. Poi c'è pure quelle delle foglie che loro fanno bollire che poi noi beviamo, come medicinale, dopo la gravidanza. Ma pure io quando sono partorita, ho rispettato sempre la usanza quella che dicono le nonne, mia mamma.” (Intervista a M., filippina, Napoli, 2016)

La madre ed il neonato dopo il parto, inoltre, possono essere soggetti ad alcune accortezze o divieti protettivi e alle volte, per evitare che i bambini si “raffreddino” possono essere utilizzate alcune erbe da mettere la sera e al mattino su piedi e nuca. Ca., ad esempio, racconta:

“Non si tocca l'acqua perché l'acqua fa male, è fredda e con tutte le forze che sono aperte dentro il tuo corpo c'è la possibilità che ti entra il freddo è lì che inizieranno i dolori ... Niente noi c'avevamo anche i calzini nonostante un paese caldissimo! E poi, dopo le sei, dopo alle sei non si può più uscire! [...] Perché i piedi il freddo, inizia da sotto i piedi, sicché noi non possiamo stare scalzi, fino ai primi venticinque trenta giorni! [...] E poi quando si allatta si cercano di dare sempre il mangiare con il brodo, perché fa venire il latte e poi guai a dormire, guai a dormire con le braccia in su! Perché sennò si ferma la circolazione del latte e guai! Poi va beh, non devi mai dare il latte al tuo bimbo quando sei stanco o vieni da fuori e da lavoro ... Devi aspettare un po', bevi un bicchiere d' acqua, aspetta, ti riposi non so un quarto d' ora, mezz'ora, finché dare il latte a lui! Sicché lì tutti a coccolare, perché questo voleva già mangiare!” (Intervista a Ca, filippina, Pisa, 2016)

M., invece, ricorda:

“No in Filippine, mi ricordo mia mamma ha detto prima che devi partorire, devi bere succo di limone è ottimo, per me va bene per bambino aiuta... oppure una gallina uova di gallina devi bere. Quello e poi dopo partorito devi alzare l'utero perché noi donne è un po' difficile quando si partorisce.” (Intervista a M., filippina, Napoli, 2016)

Tali pratiche, come si riscontra dalle parole delle immigrate intervistate, sono attuate in forma ibrida anche nei contesti migratori. I network locali e transnazionali, così, possono alle volte svolgere un importante ruolo in occasione del parto o del puerperio, nel reperire erbe, o rimedi tradizionali.

Dalle interviste condotte alle immigrate filippine, per le quali la situazione occupazionale si caratterizza, in genere, per una più diffusa stabilità e regolarità rispetto ad immigrate di altra nazionalità, come nel caso delle donne ucraine, è stato possibile riscontrare maggiori tutele in ambito lavorativo che, per altro, consentono alle neo - madri di tornare a lavoro rispettando il periodo previsto dalle normative italiane. Fra le donne intervistate, tuttavia, vi è anche chi ha perso il lavoro in gravidanza, come nel caso di I. che ha una bambina di cinque anni, nata in Italia e che al momento dell'intervista è in attesa della suo secondo figlio. La donna prima della nascita di sua figlia, lavorava full time, notte e giorno impegnata in attività di ausilio ed assistenza con un contratto regolare. Tre mesi dopo il parto è rientrata a lavorare regolarmente, come previsto dalla normativa, ma il suo datore di lavoro non è riuscito ad adeguarsi alle sue nuove esigenze. Racconta infatti:

“Purtroppo la signora siccome ha sentito la mia mancanza, che sono stata tanto con lei, quando sono andata via cambiare le ragazze e quando sono rientrata è stata contenta, ma non ce l’ha fatta. E poi dopo quella, allora ho trovato questa.” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2017)

I., ha poi deciso di lavorare part – time, così da poter badare più facilmente a sua figlia.

La donna si ritiene soddisfatta dell’assistenza medica ricevuta sia nel corso delle gravidanze, che in occasione del suo primo parto, presso l’Ospedale Santa Chiara. Per controlli ed esami medici si è rivolta alle strutture sanitarie pubbliche ed in particolare al consultorio principale in Via Torino. Ha ribadito, tuttavia, come inizialmente non sia stato facile relazionarsi con medici ed operatori sanitari a causa delle difficoltà linguistiche, cosicché l’ausilio e la mediazione informale di una zia che la accompagnava alle visite mediche, è stato fondamentale. In riferimento alle difficoltà relazionali sostiene:

“Qui mi trovo bene, ostetriche gentili, anche con la bimba quando gli dò la bimba [...] Guarda i primi, proprio sono in difficoltà sai, sapere e parlare italiano quello la prima cosa! Però piano, piano quando ho conosciuto bene questi medici anche, allora piano piano sono riuscita.” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2017)

I., in occasione del parto e nel periodo successivo ad esso, ha avuto l'ausilio di suo marito che tuttavia aveva poco tempo disponibile per motivi di lavoro. In assenza di una rete di supporto pertanto, non è riuscita ad allattare se non qualche giorno dopo la nascita di sua figlia. Non ha mai seguito un corso di preparazione al parto ed al momento dell'intervista spera di poter lavorare fino al settimo mese di gravidanza prima di andare in maternità, come previsto dalla normativa italiana sostenendo: *“Credo che riesco a lavorare, spero!” (Intervista a I., filippina, Pisa, 2017)*

Analogamente ad I., anche Ma. ha perso il lavoro, quando ha saputo di essere incinta. Al momento dell'intervista la donna ha un bambino di sedici mesi nato a Pisa ed altri due più grandi, nati nelle Filippine anche con il ricorso a pratiche tradizionali, come massaggi. In Italia ha raccontato di aver avuto un'esperienza positiva in riferimento al parto, naturale come i primi due. La donna pur abitando assieme alla famiglia a Livorno, ha preferito rivolgersi all'ospedale di Pisa dove si era recata per alcuni controlli specifici in gravidanza. Ricorda come, in ospedale abbia avuto la possibilità di tenere il bambino accanto a sé ed a riguardo e sostiene:

“Quando tutto apposto lui, subito dato. A Santa Chiara. Loro venivano a controllare, sempre accanto a me lui, perché lui non è sempre piange. Poi io visto c'ho tanto latte e loro mi dicevano di darlo. Lui non piange, anche notte!” (Intervista a Ma, filippina, Pisa, 2017)

Al momento dell'intervista Ma. allattava ancora, sostenendo in riferimento a ciò come a suo figlio: *“non piace latte, piace acqua ma latte no, solo a me! Però io ho tanto latte.” (Intervista a Ma, filippina, Pisa, 2017)*

D. che ha trentotto anni ed un bambino di due anni, analogamente ad altre connazionali a Pisa ha fatto ricorso per i controlli in gravidanza al servizio sanitario pubblico ed in particolare al consultorio dove ha svolto tutte le analisi, mentre per il parto all'ospedale Santa Chiara. Racconta di essersi trovata bene in Italia, ed a riguardo sostiene:

“Sì, tutto, tutto, anche ecografia. Perché in Filippine quando si fa ecografia, si paga! [...] Anche quando sono partorita, sono stata quattro giorni in ospedale, e sono molto curata! Poi loro si spiega sempre. [...] tutto positivo. In quel giorno che ho partorito, tutto sistemato non ho aspettato. Ho appuntamento. [...] Sì, anche i quattro giorni in ospedale sono curata molto bene, anche il bimbo stata bene. Preferisco a partorire un'altra volta in Italia! Perché sto pensando di fare un altro. Ecco perché forse si vede tanti stranieri incinta!” (Intervista a I., filippina Pisa, 2016)

La perdita del lavoro fra le immigrate filippine, qualora siano in una situazione di regolarità contrattuale pur essendo problematica, tuttavia consente loro di poter godere dei diritti di maternità a differenza di coloro che invece versano in una situazione di irregolarità contrattuale o di soggiorno, come si è visto nel caso di alcune donne ucraine intervistate (come Av.). Z., ad esempio, una donna residente a Napoli impiegata full time in ambito domestico con un regolare contratto ha smesso di lavorare due mesi prima del parto, ma dopo la nascita di sua figlia il datore di lavoro ha preferito interrompere il rapporto lavorativo. Il contratto di lavoro ha consentito di ottenere alla donna, quanto meno, l'indennizzo di maternità.

Z. ha partorito con taglio cesareo all' Ospedale San Paolo dopo essere stata seguita da ginecologi dell'Asl ed ha raccontato di non aver avuto particolari problematiche relazionali poiché non aveva considerevoli difficoltà linguistiche. Afferma, così:

“Quando ho partorito io sono già quattro anni qua. Perciò io conosciuto, io parlo bene. Non c'è problema!” (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2016)

In ospedale ha avuto l'ausilio della sorella che, tuttavia, lavorava e quindi poteva assisterla soltanto la sera. Il periodo successivo il parto, analogamente ad altre connazionali, è stato per lei particolarmente faticoso, anche per la difficoltà di conciliare la maternità con una nuova occupazione full time. Racconta, così, di non aver allattato la bambina. Inizialmente ha avuto la possibilità di tenere con sé sua figlia, sebbene, ricorda:

“I primi giorni quando lei sta qua, abbiamo baby - sitter, portiamo la mattina prendiamo la sera... La mia datore di lavoro non vuole. La signora non voleva bimbo, perché noi andiamo in America ogni estate, con questa signora.” (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2016)

A causa delle difficoltà con il suo datore di lavoro ha poi affidato la bambina all'età di tre anni, alle cure della sorella nelle Filippine. Attualmente la figlia di Z. ha terminato gli studi come infermiera e cerca lavoro nelle Filippine.

Differente è, invece, l'esperienza di A. che ha cinquantotto anni ed a Napoli ha cinque figli due nati nelle Filippine due in Italia e l'ultima di undici anni adottata. Il datore di lavoro di A., presso il quale era impiegata full time le ha infatti consentito tenere con sé i bambini sebbene con il marito abbia poi, deciso di prendere in affitto un appartamento. La nascita o il ricongiungimento dei figli in Italia, infatti, spesso fra immigrati di questa nazionalità può comportare una

maggiore stabilizzazione e radicamento sul territorio. A. ha partorito il suo terzo figlio, in maniera naturale, all'ospedale internazionale, su consiglio del suo datore di lavoro, pagando tremila Dollari per un intervento di chiusura delle tube, sebbene sia poi rimasta nuovamente incinta.

La donna ha raccontato come in occasione del parto e delle gravidanze in Italia non abbia riscontrato particolari difficoltà nel rapporto con medici ed ostriche o in ambito lavorativo per la regolarità della sua posizione.

Dalle interviste condotte alle immigrate a Napoli si evince come per la gravidanza ed il parto facciano frequentemente riferimento a medici e ginecologi privati, come nel caso di A., di B. o di F. B., ad esempio, è stata indirizzata per la scelta del medico da un'amica, ha partorito con taglio cesareo e in ospedale, ha avuto l'ausilio della sorella, che è stato per lei particolarmente significativo a causa delle considerevoli difficoltà linguistiche. Il parto è stato, in ogni caso, "bello" ed "emozionante!"

Significativa, invece, l'esperienza di I. che ha quarantaquattro anni e due figli di diciotto e dieci anni, entrambi nati in Italia. I. per la sua prima gravidanza si è rivolta all'Asl ed ha partorito con taglio cesareo in un ospedale pubblico. Del primo parto, tuttavia, non preserva un ricordo positivo, in quanto, raccontando che i medici non abbiano atteso l'effetto dell'anestesia, prima di iniziare ad operarla. I. per altro, sostiene di non essersi trovata bene all'ASL, per questioni organizzative, per il poco tempo a disposizione legato al lavoro e perché non sempre poteva ritrovare lo stesso riferimento medico. Per la sua seconda gravidanza pertanto, ha preferito farsi indirizzare dal suo datore di lavoro ad un ginecologo e ad una clinica privata. In riferimento alle difficoltà riscontrate nel rivolgersi al servizio pubblico, infatti, sostiene:

"Perché quando stai a lavoro, no? È difficile chiedere alla signora di spostare il giorno. Sì. Quello è il problema, quindi non è facile per noi di andare dall'altra parte... quindi quando partorito la mia seconda figlia, la mia signora mi ha aiutato di andare da suo amico... Privato! Però diciamo non è che è facile, perché si paga di più! Però la comodità diciamo! [...] Perché quando vai nella ASL, quando vai un altro giorno, per esempio vai lunedì, e poi c'è un altro, è diverso il medico... quindi non sappiamo... Quindi meglio ...andare da privato."
(Intervista a I., filippina, Napoli, 2016)

Le esperienze, in ogni caso, possono essere diversificate ed F., che ha avuto in Italia tre figli, di undici, ventuno e ventisette anni racconta di aver fatto presso l'ASL tutti i controlli medici e le ecografie nel corso delle sue gravidanze,

preservandone un ricordo positivo. La donna ha partorito presso un ospedale della città, Fatebenefratelli ed analogamente alle sue connazionali sostiene che non vi siano stati particolari problemi relazionali se non legati a questioni linguistiche. F. ha partorito in maniera naturale ed ha in seguito allattato i suoi figli all'incirca quattro mesi.

Dalle interviste alle immigrate filippine si evince, così, come, al di là delle normative volte a tutelare la maternità persistono, in questo ambito, alcune difficoltà che possono ostacolare, alle volte, l'accesso ai servizi. Queste sono legate a questioni linguistiche, alla regolarità del soggiorno, ma soprattutto alle condizioni occupazionali o a una inadeguata informazione in riferimento ai propri diritti. E' emblematico inoltre, che per alcune donne, l'esperienza della maternità abbia rappresentato l'evento principale per il quale si sono rivolte, per sé stesse, ai servizi sanitari (come nel caso di Sv. una donna ucraina residente a Napoli o di Ca., la presidente della comunità filippina cattolica di Pisa).

Il network rappresentato dalle connazionali, dai familiari in contesto migratorio, inoltre, può essere di fondamentale importanza per fornire informazioni e supporto alle immigrate, durante la fase centrale e delicata legata alla nascita di un bambino e al periodo successivo ad essa. Fra le donne di origine filippina, in ogni caso, è stato possibile rilevare la centralità delle reti comunitarie nel contribuire a superare le barriere in questo ambito. Fra le immigrate ucraine, invece, il ruolo svolto dai network comunitari sembra essere meno significativo e sono invece più importanti le reti familiari presenti sul territorio (come la presenza della madre).

La precarietà occupazionale, inoltre, come si evince dalle interviste, può influire sulle possibilità di accedere ai servizi sanitari anche in gravidanza. Alla maternità possono associarsi, così, difficoltà in ambito lavorativo, fino alla perdita stessa del lavoro. In alcuni casi, invece, possono essere le stesse immigrate a scegliere di intraprendere percorsi occupazionali differenti, magari passando dal lavoro a tempo pieno a quello a ore, per avere più tempo a disposizione da dedicare ai propri bambini o trascorrendo una fase di inattività lavorativa.

La situazione di maggiore irregolarità e precarietà in ambito occupazionale delle donne ucraine rispetto alle filippine, in ogni caso, fa sì che siano meno tutelate e ciò può influire sui percorsi e sui vissuti legati alla maternità. Il periodo successivo al parto, comunque, è in entrambi i casi, quello più difficile, soprattutto

in assenza di una rete di supporto sul territorio. Non sono previste, per altro, adeguate politiche territoriali in sostegno delle neo-madri, come evidenziato anche da precedenti indagini (Lombardi, 2005). Si è visto, così, che sovente le migranti filippine si siano sentite costrette a ricorrere a strategie di maternità transnazionali, riportando i propri bambini, anche molto piccoli, nel paese di origine dopo il periodo dell'allattamento, sebbene tale soluzione, fosse particolarmente diffusa soprattutto in passato, mentre ad oggi la maggiore stabilizzazione sul territorio offre loro più possibilità di tenere con sé i propri figli.⁵¹³

E' stato possibile riscontrare, poi, dalle interviste, come anche in gravidanza, coloro che risiedono a Pisa si siano rivolte ai servizi consultoriali in misura maggiore rispetto alle donne che vivono a Napoli. Si può ritenere che ciò si ricollegli alla gestione e all'organizzazione dei servizi stessi nei due territori, ma anche al ruolo svolto dai network sociali nel veicolare informazioni in merito alla loro efficienza. Numerose, inoltre, possono essere le pratiche mediche, le prassi alimentari, i divieti protettivi per la madre e per il bambino, diffuse fra le donne filippine, legate alle tradizioni e alla concezione della gravidanza, del parto e del puerperio nel paese di origine, che sono riproposte, in maniera ibrida, nei contesti migratori. I percorsi di pluralismo medico, così anche in occasione dell'evento biosociale della nascita (Ranisio, 2014) si intrecciano, sovente, fra le migranti, alla creazione di "spazi transnazionali di cura" che saranno approfonditi nel paragrafo successivo.

9. 7 - Spazi di cura trans – nazionali e pluralismo medico

Gli studi più recenti a livello nazionale ed internazionale hanno sempre più focalizzato l'attenzione sul concetto di spazio terapeutico transnazionale (Zanini, Raffaetà, Krause, Alex 2013; Krause 2008, Dyck 2006; Dyck, Dossa 2007;⁵¹⁴

⁵¹³ Si rimanda a riguardo al par. 9.1.

⁵¹⁴ Dyck, Dossa hanno preso in considerazione ad esempio, le pratiche quotidiane nella costruzione di "spazio di salute", focalizzando l'attenzione sul ruolo svolto sia dall'agency che dai processi strutturali. Essi confrontano in particolare, due gruppi di donne migranti in Canada: le Sikh asiatiche del Sud da Punjab (India) e le rifugiate afgano-musulmane. Gli autori esplorano, in particolare, le pratiche di routine che contribuiscono a creare uno "spazio di salute" in ambito familiare. Attraverso le pratiche di preparazione e consumo alimentare, la guarigione tradizionale e l'osservanza religiosa, le donne delineano le dimensioni fisiche, sociali e simboliche dello spazio di salute. Per gli autori "the women's narratives demonstrate the productive capacity of everyday routines in forging healthy space within the particularities of migrant settlement" (Dyck, Dossa 2007)

Collins 2008; Piperno 2016, Tognetti Bordogna, 2016), prendendo in considerazione le modalità con le quali i migranti possono avvalersi delle risorse formali o informali di cura dei contesti migratori e dei paesi di origine (Kane, 2012; Krause, 2008).

Alcuni ricercatori, inoltre, hanno messo in rilievo l'importanza dei networks nel processo di cura che possono essere rappresentati da quelli locali (Janzen, 1992)⁵¹⁵ o transnazionali (Krause, 2008; Thomas, 2013). Krause parla a riguardo di "transnational therapy networks" (Krause, 2008) termine che fa riferimento alle attività legate alla cura che spaziano fra il paese di origine e quello di emigrazione, nelle quali si intrecciano pratiche formali, istituzionali ed informali. Per Krause infatti:

"These are interlaced situational, formal and informal contacts between people which become meaningful in the event of sickness, providing financial and practical support and help in finding the right treatment (Krause, 2008) ⁵¹⁶

Tali pratiche possono includere forme di mobilità delle persone, dei farmaci o delle informazioni. Le traiettorie di cura transnazionali, infatti, possono avvalersi dei più recenti mezzi di comunicazione consentendo ai migranti di discutere via skipe o al telefono con familiari o con esperti delle loro condizioni di salute

La mobilità volta alla cura, inoltre, rappresenta un fenomeno in crescita (Whittaker, 2013) ed alcuni studi hanno evidenziato come i migranti rappresentino una quota significativa di "pazienti transnazionali", quando rientrano, ad esempio, nel paese di origine per le vacanze o alle volte appositamente per curarsi, a causa dei costi elevati ed inaccessibili nei contesti di emigrazione (Ormond, 2014). Gli immigrati, così, scelgono dove sia più vantaggioso ed economico potersi curare (Raffaetà, 2013). Ciò, si può ricollegare, al cosiddetto "paradox status' della migrazione transnazionale (Nieswand 2011: capitolo 5), per il quale "people gain a higher status in the home context, which allows them, for instance, to consult private medical care, through the income

⁵¹⁵ Janzen, parla a riguardo di fabbrica sociale della salute (1992)

⁵¹⁶ Krause, in particolare, ha messo insieme le riflessioni dell'antropologia medica sul cosiddetto pluralismo medico e la prospettiva transnazionale propria degli studi migratori. La ricercatrice ha approfondito come lo stato, le reti transnazionali e la religione si interconnettano nelle pratiche sanitarie degli immigrati ghanesi che vivono a Londra. Ha evidenziato infatti che l'insediamento di immigrati di questa nazionalità nella città risale agli anni 60 ma i legami transnazionali con il paese di origine sono aumentati nel tempo. Per la ricercatrice la circolazione di denaro, medicinali e preghiere si ricollega alla creazione di pratiche di cura transnazionali. (Krause, 2008)

they gain with dirty and dangerous work in the migration context (Zanini, Raffaetà, Krause, Alex 2013: 15) ⁵¹⁷

Alcune indagini, infatti, hanno rilevato come le donne impiegate in attività di assistenza agli anziani, possano decidere per questioni economiche di farsi curare nel paese di origine ove acquistano farmaci che possono, poi, autosomministrarsi nel contesto migratorio (Tognetti Bordogna, 2009).

Altri studi hanno invece, evidenziato come gli immigrati possano inviare assieme alle rimesse nei paesi di origine anche farmaci (Krause, 2008), che andrebbero a costituire pertanto “rimesse speciali” (Kane, 2012; Pribilsky 2008)

L’esperienza migratoria implica, così, l’adozione di strategie che si collocano in uno spazio trans-nazionale e che travalicano i confini in riferimento alle risorse e alle potenzialità di cui i migranti si servono per rispondere ai loro bisogni di salute (Tognetti Bordogna, 2016: 14)

La creazione di spazi di cura transnazionali può ricollegarsi alle difficoltà ad accedere ai servizi nelle località di migrazione ed al contempo alla idea e concezione che i migranti hanno della salute, della malattia e agli approcci medici ai quali sono orientati.

Le pratiche sanitarie in ambito migratorio, infatti, possono essere considerate “ibride”, risultato dell’integrazione fra le risorse mediche dei luoghi di accoglienza e dei paesi di origine (Raffaetà, 2016: 185).

Raffaetà, a riguardo, in una ricerca condotta fra famiglie ecuadoregne e marocchine, ha evidenziato come la “frequenza e l’intensità” degli itinerari medici transnazionali possa ricollegarsi al senso di appartenenza percepito dai migranti e dunque variare in relazione ad esso (Raffaetà, 2016: 185). Gli itinerari medici transnazionali per la ricercatrice possono essere letti, così, quali “specifiche pratiche di appartenenza” ed i servizi sanitari dovrebbero essere ripensati e riorganizzati “in un’ottica transnazionale” (Raffaetà, 2016: 185).

Si può ritenere così, che l’esistenza di traiettorie di cura transnazionali possa influire sui percorsi di accesso ai servizi sanitari e viceversa, che le stesse

⁵¹⁷ Un’ampia letteratura ha focalizzato l’attenzione sulle condizioni dei migranti messicani che attraversano i confini per ragioni mediche (Seid e altri, 2003; Wallace, 2009) Alcuni di essi hanno messo in evidenza come, qualora i messicani abbiano la possibilità di partire regolarmente si recano negli Stati Uniti per potersi curare o comprare lì delle medicine. Coloro che sono emigrati negli Stati Uniti, invece, attraversano i confini per potersi rivolgere ai servizi medici nel loro paese di origine, perché i costi del sistema sanitario statunitense sono troppo elevati (Seid e altri, 2003; Wallace, 2009).

difficoltà collegate alle possibilità di accedere ad essi, nei contesti migratori, possano far sì che le immigrate adottino strategie che travalicano i confini per rispondere alle loro necessità o a quelle dei loro familiari, anche perché possono rientrare in una prospettiva più vicina alla loro idea di cura e di salute.

Questa dimensione, inoltre, si ricollega a quella delle diseguaglianze in ambito sanitario, sia perché legata ed originata dalle problematiche di accesso ai servizi sanitari, sia in relazione al fatto che non tutti i migranti, possono avere le stesse risorse e “possibilità” in riferimento al controllo dei “networks di cura” transnazionali (Massey, 1998; Zanini, Raffaetà, Krause, Alex 2013), o per potersi recare nei paesi di origine. Molto può dipendere, in tal caso, dalle condizioni giuridiche, economiche e sociali in cui versano, così come è emerso anche nel corso di questa ricerca. Il riuscire a creare o meno spazi di cura transnazionali, così, può rappresentare una “opportunità” o una ulteriore forma di “esclusione” (Tognetti Bordogna, 2016: 37) ed essere fonte di ulteriori diseguaglianze nell’ambito della salute (Tognetti Bordogna, 2016: 14).

Nel corso di questa ricerca ci si è proposti di prendere in considerazione anche quali siano le strategie delle immigrate di origine filippina ed ucraina a Napoli e Pisa legate alla costruzione di spazi di cura transnazionali o al pluralismo medico, soprattutto nell’ambito della salute riproduttiva o materno infantile. Ci si è chiesti come tali traiettorie transnazionali possano ricollegarsi alle loro concezioni di salute, di cura, e come influiscano sull’accesso ai servizi sanitari. Alcune domande dell’intervista erano infatti volte ad indagare le pratiche mediche che le migranti adottano. In particolare è stato chiesto loro se anche nei contesti migratori facessero ricorso a rimedi tradizionali, ad esempio erboristici diffusi nei paesi di origine, per sé stesse o per i propri familiari.

Dalle interviste alle immigrate filippine ed ucraine a Napoli a Pisa è stato possibile riscontrare sia forme di pluralismo medico che la creazione di itinerari, spazi di cura transnazionali che possono affiancarsi ed intrecciarsi al ricorso ad approcci biomedici e a strutture del servizio sanitario nazionale nel contesto di emigrazione. Le traiettorie, come si evince dalle interviste, possono, in ogni caso, differenziarsi in relazione ai progetti, ai percorsi migratori, al senso di appartenenza ma anche alle possibilità, alle difficoltà lavorative, alla presenza di familiari, influenzando sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari del territorio.

La storia di Mi. una giovane donna filippina residente a Napoli è emblematica in tal senso. Da essa si evince come alle volte le immigrate possano far riferimento, per la gravidanza, il parto o per la cura dei propri bambini a network trans - nazionali che rappresentano un ausilio per poter ricorrere a rimedi o a pratiche mediche, considerate efficaci, del paese di origine. Mi., è cresciuta in un contesto familiare transnazionale segnato dalla separazione con la madre, che lavorava in Italia, a Napoli, “notte e giorno” ed alla quale si è ricongiunta, raggiungendola, all’età di diciassette anni. Nelle Filippine è stata allevata dalla nonna, con l’ausilio economico della madre e delle zie, ma ricorda come ciò sia stato per lei estremamente difficile. “Troppo difficile!”, sostiene. Una volta a Napoli aveva in programma di iscriversi all’ università, frequentando la facoltà di economia aziendale ed al contempo lavorare, ma si è vista costretta a rinunciare agli studi per la difficoltà a conciliarli con l’attività lavorativa. A riguardo ricorda:

“Dopo un paio di mesi ho aiutato a mia madre. Io volevo studiare, mentre studio magari si può lavorare, quindi ho fatto le cose per bene, però sfortunatamente quando devo fare economia aziendale, hanno cambiato l’orario della segreteria dove stavo al Vomero e quindi cambiato l’orario tutto il programma è stato difficile. Peccato!” (Intervista a Mi, filippina, Napoli, 2015)

A Napoli Mi. ha sposato un suo connazionale ed hanno avuto due bambini, che al momento dell’intervista avevano un anno e mezzo e cinque anni. I bambini sono nati in Italia con parto cesareo ma Mi. racconta come in tale occasione abbia fatto ricorso anche a rimedi tradizionali, in particolare alle erbe che le avevano inviato dalle Filippine e che erano di aiuto per cicatrizzare la ferita. Per la gravidanza, inoltre, si è rivolta inizialmente ad un ginecologo privato, ma per questioni economiche ha poi deciso di partorire in un ospedale pubblico delle città, L’ Annunziata, dove ha raccontato di essersi trovata “benissimo”.

Non è riuscita ad allattare a lungo il suo primo bambino, a differenza della sua seconda figlia. Nel periodo della sua prima gravidanza, inoltre, lavorava solo poche ore al giorno, per poi riprendere le attività lavorative, part – time, quando suo figlio ha compiuto undici mesi.

“ Ho cercato un posto di lavoro part time, ma non basta. Il budget non basta, Mio marito ha provato a fare qualcosa ma quando ha provato poi lo hanno licenziato. Perché per lui sarebbe comodo fare l’orario perché difficile perché lui non tiene parenti qua ha solo me. Almeno una mano almeno per incontrarci tutti i giorno visto che siamo già insieme!” (Intervista a Mi, filippina, Napoli, 2015)

Non è stato facile, in ogni caso, conciliare il lavoro con la maternità e per la cura di suo figlio, aveva l'ausilio di una baby-sitter, di connazionali e della sua madrina, poiché la madre era molto impegnata con il lavoro e non riusciva ad aiutarla. Per questa ragione ha cambiato, spesso, datore di lavoro ed in riferimento a ciò racconta:

“Un sacco di esperienze [di lavoro] specialmente quando ho lui prima. Un anno e mezzo fa non mi danno neanche il permesso di avere ... Ho un lavoro con contratto che ho preso prima settimana di prova, già ho detto che ho un figlio, a qualcuno non piace, perché hanno detto che è impegnativo. Loro sono bravi, molto bravi, solo che il mio datore di lavoro ha una bambina piccola che ho fatto crescere fino a un anno. Non mi danno il diritto che devo andare via, io ho trattato bene loro figlia...” (Intervista a Mi, filippina, Napoli, 2015)⁵¹⁸

Il bambino, infatti, soffre di asma ed in seguito alle ripercussioni di una broncopolmonite Mi. ha deciso di lasciare tale attività lavorativa. Assieme al marito, inoltre, quando la sua bambina più piccola ha un anno, decide di affidare il figlio maggiore alla nonna, nelle Filippine, dopo un periodo di vacanza. Lì, infatti, pensano che un clima migliore potrebbe aiutarlo a stare meglio, mentre la casa che hanno in affitto a Napoli è umida. Nelle Filippine inoltre, la scuola prevede programmi in lingua inglese e ciò a loro parere potrebbe offrire al bambino ulteriori possibilità formative ed in seguito lavorative, che in Italia non sono adeguatamente garantite. Il marito, inoltre, ha difficoltà a trovare una occupazione stabile a Napoli, così si trasferisce a Bologna, dove da circa un anno vive anche Mi. La distanza con il loro primo figlio, tuttavia, è molto difficile per entrambe le parti, così decidono di farlo tornare in Italia, ma nelle Filippine lasciano, temporaneamente, alle cure della nonna, la bambina più piccola. Mi., ha raccontato, per altro come la salute di suo figlio nel paese di origine fosse migliorata, ma una volta in Italia sia nuovamente peggiorata, influenzando anche sull'andamento scolastico del bambino. La donna, per altro, è stata costretta a ricorrere spesso al pronto soccorso ed a numerose cure prescritte dai pediatri. Cerca, tuttavia, rimedi più naturali e con l'ausilio di internet scopre che un'erba australiana potrebbe forse aiutare suo figlio. Decide così di provare, farla coltivare e farsela inviare. Il bambino migliora senza la necessità di dover ricorrere in

⁵¹⁸ Nel caso di Mi., l'intervista è stata svolta a Napoli nel 2015, prima che il suo primo bambino fosse affidato temporaneamente alle cure di familiari nelle Filippine. Ci siamo, risentite dopo circa due anni e in quest'occasione mi ha raccontato degli ulteriori sviluppi inerenti i suoi percorsi migratori.

maniera consistente a rimedi cortisonici o antibiotici, mentre lei continua, in ogni caso, a cercare medici in Italia che possano aiutarla e seguirla attraverso rimedi più naturali, vicini alla naturopatia o all' omeopatia, per non vedersi costretta a farlo tornare nuovamente nelle Filippine. Assieme al marito, inoltre, una volta stabilizzatasi a Bologna decide di far rientrare in Italia anche la sua bambina più piccola, della quale sentiva fortemente la mancanza, per tenere unita la famiglia.

La vicenda di Mi. è significativa poiché in essa si evince come l'ausilio dei network locali ed al contempo transnazionali sia fondamentale per creare spazi di cura nell'ambito della salute materno infantile, che travalicano i confini. Grazie ad essi Mi ha avuto modo di districarsi fra il ricorso ai servizi sanitari italiani e alla biomedicina ed al contempo ai rimedi erboristici che rientrano nella tradizione medica filippina, o finanche di altre località (come nel caso dell'erba australiana). Dalla vicenda di Mi., inoltre, si riscontrano le difficoltà di preservare legami genitoriali trans-nazionali e la drammaticità che le separazioni possono comportare in ambito familiare, di cui lei stessa ha sofferto da bambina e che pertanto cerca di non far rivivere, nei limiti delle possibilità economiche e organizzative familiari, ai propri figli.

In quasi tutte le interviste alle donne filippine svolte sia a Napoli che a Pisa è emersa l'importanza di far riferimento a cure tradizionali erboristiche e naturali del paese di origine, anche in Italia. Emblematiche a riguardo le parole di Mo., che racconta come nelle Filippine il ricorso a tali rimedi sia particolarmente diffuso (come per lo zenzero, la cipolla o l'aglio):

“That is true. We also use leaves, from the guava and the like, for medication. Do you know ginger? It is like an antibiotic. [...] My children, if they have some stomach pain... [...] I give them ginger [...] Yes. I never asked for medicines in Italy. [...] Onions and garlic are also available. We do also use coconut oil.”
(Intervista a Mo., filippina, Napoli, 2016)

La conoscenza di rimedi erboristici viene trasmessa a livello familiare, di generazione in generazione, come si evince dalle diverse testimonianze e rientra, pertanto, in un sapere diffuso sebbene vi siano poi figure esperte in questo ambito.⁵¹⁹ A riguardo Mo. racconta come fin da bambina i suoi genitori le avessero insegnato le varie proprietà dei rimedi naturali, affermando:

⁵¹⁹ Si rimanda al paragrafo sulle 9.6

“Since I was a child, I know very much about all this. Because my parents told me. [...] There are experts, but, in most cases, everybody knows everything.” (Intervista a Mo., Napoli, 2016)

Mo., analogamente ad altre donne intervistate ribadisce come il ricorso alle medicine naturali possa essere giustificato anche dalla consapevolezza degli effetti collaterali di quelle allopatriche o chimiche. Sostiene infatti:

“So, in my country, chemistry- based medicine is not so present. We rely on natural medicine.[...] They are very healthy! Other kinds of medicine may damage your intestine. We use guava leaves for that. You can also boil them and drink their juice to good effect [...] Everything natural medicine provides can heal your body within. If you drink guava, it is good for everything. In the Philippines, there is a lot of herbal medicine. [...] Do you know diabetes? There is an herbal medicine for that as well, called ampalaya. It’s only in the Philippines. It is bitter and good for diabetes. [...] There is also a root, called cugon, you can boil and then use for your knee” (Intervista a MO, filippina, Napoli, 2016)

Lo zenzero, “ginger” è molto usato nelle Filippine ma anche in Italia, come si evince dalle interviste svolte alle immigrate sia a Napoli che a Pisa. Esso è infatti considerato un grande ausilio nel caso di raffreddamenti, mal di gola o infezioni, per le sue proprietà ritenute antibiotiche ed è facilmente reperibile anche nei supermercati italiani. Per ulteriori rimedi erboristici, invece, gli stessi migranti possono portare con sé tali medicine nei loro viaggi di rientro temporaneo e vacanza nel paese di origine e le immigrate filippine a Napoli hanno evidenziato come, nella città, si possa far riferimento al supermarket gestito da un connazionale o di altre nazionalità come quello pakistano o srilankese. Mo. a riguardo afferma:

“Some shopkeepers or Filipino Nationals gather the needed herbs in the Philippines and then bring them here. No, but I can bring some to you next time I am back from the Philippines.” (Intervista a Mo., Napoli, 2016)

P., invece, racconta come grazie all’ ausilio di rimedi tradizionali ed erboristici abbia curato un forte malessere al ginocchio che l’aveva afflitta per diverso tempo, sostenendo:

“Allora per esempio io ho avuto il problema al ginocchio... Io non ho comprato medicina! Ho fatto lo medicine tradizionali! Lo sai ginger, zenzero e poi buccia di limone, ho fatto così [mostra come lo ha passato sul ginocchio], la benda tutta la notte ... e poi al mattino mezzogiorno sera bevo zenzero. E’ come la menta. Si grattugia, o anche un pezzo così, lo metto poi si fa bollire un quarto di ora e il sapore è come menta e tolto il mal di gola. [...] Io quarantacinque giorni che camminavo proprio male ... non posso appoggiare le gambe e si è tolto e poi

faccio un poco di massaggio mattina e sera. Ho fatto da sola perché ad esempio al ginocchio quando ho fatto la radiografia non c'è niente però dolore c'era e il dottore ha detto e come fa adesso? Allora io detto aiuto di mie mani io non voglio nemmeno far toccare perché poi ho detto se sbaglia le sua mani? [...] Perché poi viene un'amica che fanno questo massaggio. Ho detto no! Devo pagare venti euro per un'ora di massaggio.” (Intervista a P., Napoli, 2017)

E' significativo, per altro, come la donna, abbia raccontato di far ricorso a medicine allopatiche e all'ausilio di medici o ortopedici, decidendo, dopo le cure che le hanno consentito di superare una eventuale fase acuta di un malessere, di integrare autonomamente il ricorso alla medicina allopatica con cure e rimedi tradizionali. Afferma infatti:

“Addirittura perché io tengo le varicose... E addirittura dice il medico [dice] si deve operare. No ho detto. “Dottorressa non è il caso di fare questo!” Ha detto “E come fa?” Poi ha dato la medicina ed io seguito il suo consiglio ... di cinque, sei giorni di prendere quella medicina e poi basta!” (Intervista a P., Napoli, 2017)

B. che ha raccontato di avere difficoltà a rivolersi a medici per barriere linguistiche e di preferire il ricorso a medici privati, afferma in proposito:

Sempre naturale io. E' più efficace. Number one limone e ginger. Come lime... Medicina no! Anche per il parto! (Intervista a B., 44 anni Napoli, 2016).

M. invece ha ribadito come, alle volte, sia possibile far uso di rimedi naturali rivolgendosi alle erboristerie in Italia, ed a riguardo sostiene:

“Io ho detto ho fatto le cose anche guardando su internet le cose medicinali di questa erboristeria, delle erbe. Ho pensato non solo in Filippine, anche qua. Tipo quando noi abbiamo queste cose, mia nonna mio zio dicono devo bollire il zenzero, poi dopo tipo the invece di the, metti a bollire zenzero e limone. Tu bevi il the e bevi questa!” (Intervista a M., filippina, Napoli, 2016)

T., invece, sostiene:

“Sì, noi usa qualche volta perché anche io ginger. Sì sì quello lì va ben anche, per esempio noi fa letto ginger brodo, per mal di gola, mettiamo un pochino di miele, o zucchero va bene, pochino. E poi bisogna bere, è buono! C'è né tanto nei supermercati italiani...ce n'è tanti qui ora! Sì poi per esempio pompelmo.” (Intervista a T., filippina, Pisa, 2016)

F ribadisce, a sua volta, come possa essere difficile poter reperire rimedi erboristici in Italia sostenendo:

“Noi abbiamo già del posto, per esempio ora abbiamo imparato a lei, che la mattina invece di prendere la medicina che è un po' di tosse, non è proprio naturale, però col miele, e si questa è ovvio lo fanno tutti! Miele e l'aceto di mele con un po' di limone. Però quello è metodo naturale che facciamo laggiù nelle

Filippine, ovviamente, non si può fare qui perché ci manca della roba!”
(Intervista a F. filippina Pisa, 2016)

Le madri inoltre, possibile far ricorso a rimedi tradizionali anche per la salute dei propri figli o in occasione della nascita dei bambini. I., ad esempio, racconta:

“Eh, per mio figlio sì, uso medicina per non prendere freddo diciamo, si mettiamo nei piedi, e nella pancia, questo diciamo usando, è vero zia? Come si chiama quella medicina verde che abbiamo usato per i bambini così non prendono freddo e l'aria. Pighibi... Herbal. Quella è medicina da noi in Filippine c'è questa che prendono nella erba, e basta che si usa. C'è anche odore tipo di menta. Metti la mattina, la sera ... Se entra aria fredda, mettiamo sempre così! Ad esempio quando nasce il bambino c'è quella parte molle qua [indica la testa], buco che se entra l'aria fredda e mettiamo sempre così! Sì mattina e sera. Sulla pancia.”
(Intervista a I., filippina, Napoli, 2016)

Dalle interviste inoltre, si evince come anche nei contesti migratori possano essere presenti figure di guaritori tradizionali particolarmente diffusi nelle Filippine ed analoghe ai curanderos latino americani, ai quali le immigrate possono rivolgersi per sé stesse o per i propri figli. La fiducia in tali figure si riscontra anche dalle parole di “Ate” Z. che in Italia da circa trent'anni, in riferimento all' efficacia del ricorso a medicine naturali e a guaritori, sostiene:

“Sì vero. Perché mia sorella ha avuto un tumore dell'ovaio, del terzo grado. Sono già grandi. E poi abbiamo conosciuto un signore che si dà medicina naturali, in polvere. La mia sorella hanno preso. Dopo venti giorni è sparito proprio! Zenzero è buono anche quando rotto una cosa fai così prendo il sugo poi metto un spalma e prendi un po' di olio...” (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2016)

Sono significative, poi, a riguardo, le parole di Ca., presidente della comunità cattolica di Pisa, che dopo una prima reticenza ha evidenziato, invece, come per curare le sue bambine facesse ricorso all' ausilio di una sua connazionale, ormai anziana, residente a Pisa e che aveva particolari “doti” e capacità, in accordo alla tradizione filippina, raccontando:

“No, non ho mai avuto il coraggio perché prima di tutto non me ne intendo ... Ah no, sinceramente qui c'era una filippina a quel tempo, che quando le bimbe avevano la febbre, però non c'ha né tosse né raffreddore né niente, c'è mal di testa, allora, mal di pancia lei li curava facendo bollire tutti i vestiti, perché se non troviamo una persona che ha fatto “malocchio” ... Quando lo troviamo noi non lo sappiamo chi è stato, da chi è ... Si toglie tutti i vestiti si butta nell' acqua bollente si strizza bene bene si fa così [mima un gesto per stendere i panni strizzati], si appende! E dicono che così passava tutto il dolore della pancia! O sennò, ti ho detto quella lì per il mal di gola o la spalla o sennò sai i bimbi si muovono in continuazione, una corsa là, una storta là. Prima c'era una qui a Pisa dove lo portavo le bimbe! [...] Una filippina che guariva con l'olio. [...] Anziana, ora ha 88 anni e non fa più! [...] Credo che sempre qui, sempre qui,

però anche lei non le fa più, perché sai ci vuole forza, ci vuole forza! Va bene che la conoscenza ce l'ha!" (Intervista a Ca., filippina, Pisa, 2016)

Si ritiene, infatti, che tali persone siano in possesso di particolari doti ricevute in dono da Dio così da potergli accordare una fiducia ulteriore rispetto ai medici che, sono in ogni caso persone "normali". Le loro prestazioni, inoltre, rientrano in forme di scambio che non hanno un corrispettivo in denaro. Ca a riguardo ribadisce:

"Si portava là i figli, perché poi loro non chiedono mai i soldi te gli devi offrire ... Qualcosa ... Però mai dei soldi, almeno da noi si fa così! Grazie e basta! Forse o perché quando qualcuno crede ... Noi siamo cresciuti un po' nell'antichità, metà nel mondo moderno! Ma da noi esiste questa cosa qui! Noi crediamo nella capacità di un guaritore! Bene, che ci sono proprio, è un dono da Dio! Sì anche le mani! Posava nella parte dove c'è il dolore con una orazione. Sono persone rare! Sono persone dotate, come si dice è un dono! Che vedono anche diversamente! Io ci credo, credo a queste cose! I medici possono sempre sbagliare e possono dire che ... Ma sono sempre persone normali, anche se hanno studiato per anni! Possono curare le persone e dire che una diagnosi è sbagliata ... Invece per me queste persone speciali, non è che si sbagliano! Così sì, perché bisogna andare dal medico! Però se abbiamo, se conosciamo uno che guarisce che può aiutare, rimedi naturali ... Rimedi eh volentieri! Anzi si preferisce!" (Intervista a Ca., Filippina, Pisa, 2016)

Non tutte le donne intervistate, in ogni caso, fanno riferimento a rimedi erboristici o tradizionali, come nel caso di Ze. o L., entrambe arrivate in Italia da molti anni, e sposate a uomini italiani. Ze., in particolare, che è una delle pioniere, arrivata a Napoli nel 1982 ha evidenziato come sia frequente che i migranti possano ricorrere alle reti transnazionali per poter utilizzare in Italia rimedi erboristici tradizionali, ma ha ribadito come nel suo caso, durante la gravidanza, abbia preferito far riferimento esclusivamente alle indicazioni dei medici italiani, sostenendo:

"Quando noi andare in Filippine noi porti medicine e erbe come foglie di lauro poi fare bollire in acqua foglie per fare medicine e per fare integratori. In Filippine aveva giardino per coltivare erbe, qua no. Quando io incinta soltanto medicina. Paura." (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2017)

L. invece in Italia dal 1986 afferma:

"No. Una volta ho avuto ipertensione, quando sale la pressione, al pronto soccorso di Fatebenefratelli, sono andata e poi dopo 2 giorni sono tornata. Perché tre anni fa, quattro anni fa mi hanno diagnosticato che io avevo il colesterolo ma poco, e la pressione alta, m'hanno dato la medicina per... e non la

prendevo, perché io la medicina ho paura. Sai la mia testa, su cura una e si rovina l'altra, allora io questo qua non l'ho preso. Io queste medicine che mi hanno dato, dopo questo fatto, ha detto il medico che dovere prendere questa medicina a vita, ma allora sto prendendo per sempre.” (Intervista a Z., filippina, Napoli, 2017)

Far rientro nel paese di origine per curarsi, in ogni caso, è fra immigrate filippine meno semplice rispetto a quelle di altre nazionalità, come nel caso delle donne ucraine, a causa della distanza e degli elevati costi dei biglietti, sebbene anche tale pratica di cura transnazionale sia possibile, è emerso nel corso della ricerca.

Dalle interviste alle immigrate ucraine sia a Napoli che a Pisa, è stato possibile riscontrare, così come per le donne filippine, il ricorso ad itinerari di cura transnazionale e a forme di pluralismo medico, sebbene vi siano delle considerevoli differenze fra le due collettività. E' emerso, infatti, come alle volte, le migranti possano decidere di rinviare le cure e le visite mediche ai periodi in cui tornano per vacanza nel paese di origine, sebbene ciò sia possibile soprattutto qualora siano in una situazione di regolarità per il soggiorno e lavorativa. Dalle loro parole, infatti, analogamente ad altre indagini (Tognetti Bordogna, 2016: 36) è emerso come nel paese di origine, possano sentirsi facilitate nel far fronte a eventi legati alla salute per l'assenza di barriere linguistiche, perché ci si può sentire più comprese, anche alle volte meno discriminate, come nel caso di Av. o per ragioni economiche.⁵²⁰

E' diffusa, inoltre, la prassi di farsi inviare medicinali dai familiari rimasti in Ucraina, anche per i costi meno elevati, per le difficoltà a potersi recare dal medico o perché sono note, conosciute. Tale pratica, per altro, è frequente soprattutto nei primi tempi in Italia e qualora le donne abbiano difficoltà a far ricorso a medici per la condizione di irregolarità giuridica o a causa della segregazione lavorativa, soprattutto se svolgono attività di badanti e percepiscono la loro condizione in Italia come temporanea. Emblematiche sono in tal senso le vicende di N. e di M., poiché le donne fanno riferimento, così come avviene di frequente fra connazionali impiegate in attività di assistenza, a pratiche ed itinerari transnazionali di cura, a causa delle difficoltà a rivolgersi ai servizi sanitari italiani.

⁵²⁰ Si rimanda a riguardo al par 9.5.1

N., ad esempio, che ha sessanta anni ed è giunta in Italia circa venti anni fa, ha raccontato come preferisca fare i controlli medici in Ucraina, per innumerevoli ragioni. Fra queste, le difficoltà a conciliare la cura di sé, della propria salute, con l'attività lavorativa, le barriere linguistiche ma anche una maggiore fiducia e familiarità nei riferimenti medici del suo paese di origine, soprattutto, in seguito ad alcune esperienze legate ad un tumore alla tiroide che ha curato tornando in Ucraina.

“Ogni vacanza io faccio tutto, tutti i controlli”, sostiene a riguardo (Intervista a N., ucraina, Pisa, 2016).

N. ribadisce, inoltre, come la paura di perdere il lavoro, fonte di sostentamento per sé e per i propri familiari rimasti in patria limiti considerevolmente le possibilità di accedere ai servizi in Italia o di recarsi finanche dal medico di base per farsi prescrivere dei medicinali. E' più semplice evidenza la donna, portare con sé o farsi inviare dall' Ucraina rimedi medici o di mettersi in contatto con gli specialisti nel proprio paese di origine. A riguardo, infatti, racconta:

“Datore di lavoro non è contenti se noi bisogno di andare per fare un po' di esami, controlli. [...] Io aveva problema qui di salute, proprio sentita male, male, pressione alta, andata pronto soccorso, si andata pronto soccorso, non potevi trovare nulla, se non soffrivo due anni proprio. [...] No, io no paura perdere lavoro. [...] Si noi portiamo qui un sacco di medicina nostra, e se bisogna qualcosa, e se serve qualcosa, fa male testa, fa male stomaco, fa male schiena, noi abbiamo la medicina. Perché qui non possiamo prendere medicina senza ricetta, per prendere ricetta, noi scherziamo ma qui impegnativo anche per morire cinque mesi, si così troppo lunga, questo processo troppo lungo. Prendere appuntamento con dottore, mia famiglia dottore, tempo, uscita fuori, venuta datore di lavoro, figlia, figliolo o genero per stare, e poi fra un mese altro analisi, poi terzo analisi, poi quarto, poi da specialista, mammamia, questo impossibile fare qui! Siamo, no è liberi per fare queste cose! È difficile, noi portare sua medicina, se fa male qualcosa, telefona mi porta questo mi manda questo, da Ucraina, troviamo decisione!” (Intervista a N., ucraina, Pisa, 2016)

La donna per altro, analogamente ad altre connazionali intervistate, nell'evidenziare il ricorso diffuso in Ucraina a rimedi erboristici, critica il fatto che in Italia, invece, siano prescritti antibiotici e medicine con eccessiva facilità, affermando:

“Guarda qui bambini poverini, c'ha influenza già antibiotico, noi no. Tutti erba tutti altra cosa, non è medicina, non usiamo tanta medicina. Guarda ogni famiglia ce l'ha un sacco di queste medicine, antibiotici. Bimba piccola già dare questa medicina, peggio per fegato peggio per tutto! Anche io d'accordo. Se proprio già non è più possibile senza queste medicine, dà... Altro proprio non so.

Qui italiani usano troppo, prendono troppo medicine!” (Intervista a N., ucraina, Pisa, 2016)

M., che è in attesa del rinnovo dei suoi documenti per il soggiorno, analogamente a N. afferma come preferisca rivolgersi ai medici nel suo paese di origine e comprare lì medicinali che, poi, porta in Italia. La scelta di far riferimento a strategie e itinerari di cura transnazionali si ricollega per la donna alle difficoltà percepite per la situazione di irregolarità temporanea in cui versa, a quelle economiche o alla mancanza di tempo a disposizione per recarsi alle visite mediche. In riferimento a ciò sostiene infatti:

“Conosco tutte medicina. Io per me preferisce andare nostro paese. Posso comprare senza ricette anche per il cuore qualcosa. Qui no... [...] Quando andato mio paese una scatola piena per tutto. Per dolore, per influenza, per tutto! [...] Mia figlia è andata dottore per problema lei ha pagato ricetta, venti euro. Poi ha detto bisogna prendere appuntamento adesso per la prossima volta...Troppo troppo tempo!” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016)

M., inoltre, così come N., evidenzia come a suo parere in Italia si faccia ricorso a troppe medicine, sebbene, in base alla sua esperienza lavorativa, ritiene che vi sia una buona assistenza per le persone anziane. A riguardo sostiene:

“Però c'è cose buone, anche stata con anziani in ospedali, c'è bravi infermieri. [...] Mamma mia una cosa sì, però sempre tutti i giorni, tutti i giorni ...pieno pasticche... mi sembra abbastanza tempo, bisogna rovinare questo!” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016)

Qualora sia possibile, così. M. preferisce far ricorso a medicine naturali o “fare da sé” anche grazie alle competenze mediche legate al suo percorso formativo e lavorativo. Ha, infatti, un diploma da infermiera e prima della nascita delle sue figlie ha svolto, in Ucraina, tale attività per poi ritirarsi dal mercato del lavoro e poter badare a loro. Afferma così di conoscere bene non solo le medicine nel suo paese di origine ma anche quelle italiane, ribadendo:

“Quando influenza, io preferisce naturale, miele, latte, no aspirina va bene... Anche le erbe qualcosa troppo buona camomilla io ho comprato, farmacia, per gola anche c'è calendula ... Le conosco tutte medicine perché io non andata dottore Comprano Ucraina misto per erbe. [...] Le conosco tutte medicine perché io non andata dottore... Da sola, però per me conosco tutti i dottori come funziona e preferisce penso da sé... Io non credo nessuno! Perché quando dottore, bisogna attenta, perché lui detto, questo dottore che adesso conosco, lui detto prendi [...] Conosco tanta, io non voglio prendere questo... perché non c'è tanto dolore per prendere questo! Io non bevo tutto così, detto dottore... Una volta stata lui scritto quella medicina per il dolore, per queste medicine bisogna attenta mangi questa pasticche ... Io conosco capito? E lui scrive, frego niente,

vai... vai a casa ... Io pago soldi poi pensata perché io comprata? [...] Antibiotici bisogna attento. Io non conosco tanto bene italiano, però capisce medicina. Io aprire e leggere tutto cosa scritto. Perché quando dottore ha detto “Prendi dieci giorni” Io ho preso tre giorni e ... perché poi trovato altra problema. Perché antibiotici anche questa microflora poi trovare qualcos'altro... fegato!” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016)

Dalle sue parole, per altro, si evince come gli stessi costi dei farmaci italiani possano rappresentare un ostacolo ed infatti afferma:

“C'è, tanta c'è farmacia... adesso bisogna..... qua costano tanti soldi...nostri paese c'è farmacia” (Intervista a M., ucraina, Pisa, 2016)

In caso di necessità, comunque, per la paura legata alla sua situazione di irregolarità si rivolge a medici privati o all' ausilio del suo ex datore di lavoro, medico, che prescrive per lei, ricette e medicinali.

R., impiegata in come badante, a differenza di M. ed U. è in una condizione di regolarità per il soggiorno, in quanto in possesso di un permesso di lungo periodo e non ha difficoltà a tornare in patria periodicamente. In riferimento ad esami e visite mediche, anche inerenti la salute femminile, afferma così: *“Preferisco a casa, Ucraina, perché lì posso fare esami tranquilla ho già un mese!”* Dalle sue parole si evince per altro, la percezione di essere considerata, in Italia, sempre come “straniera” (Intervista a R., Ucraina, Pisa, 2016).

U. invece, arrivata in Italia da poco tempo, irregolare e priva di lavoro sottolinea come anche economicamente possa essere vantaggioso far ricorso a rimedi del proprio paese di origine, sostenendo:

“Allora noi come abituata nostra medicina, [...] Se qualcuno va di là, comprano e mandano qui. In Italia medicina buona, però un po' cara, che anche ci vuole ricetta, come tanti tipi ci vuole ricetta, e senza documento non fa ricetta. Allora devi andare da medico di mia cognata, e allora lui avere un po' paura per fare quel ricetta cosa noi non bisogna. Sì, ma lui avere un po' paura perché quella ricetta non servire a mia cognata ma a me.” (Intervista a U., ucraina, Pisa, 2017)

La., analogamente, sostiene di preferire i rimedi medicinali del paese di origine che conosce meglio e che si fa spedire dai figli, affermando:

“In Italia uso se riesco anche la medicina nostra, perché io conosco questa medicina, posso usare, sempre miei figli mandano a me! La medicina italiana ... Ma preferisco più nostra!” (Intervista a La., ucraina, Napoli, 2017)

Le immigrate intervistate, in ogni caso, anche se ricorrono ai servizi sanitari in Italia, sostengono in maggioranza di preferire rimedi erboristici e naturali diffusi nel paese di origine, come nel caso di Al., o A., che ad esempio, affermano:

“Io posso anche comprare qua però... Io preferisco naturali, tutte medicine delle erbe. C'è una medicina che proprio deve prendere però...” (Intervista ad A1, Pisa Ucraina, 2017).

“No, io mai usare antibiotici... uso molto ginko. Qua danno troppe medicine” (Intervista ad A, ucraina, Pisa, 2017).

P., analogamente ribadisce: *“Qui troppe medicine. A volte, sì.” (Intervista a P, ucraina, Pisa, 2017)*

Alle volte così, le donne possono farsi inviare rimedi erboristici e naturali da familiari rimati in patria, come nel caso di D. o Sv.

D. in particolare pur essendo in Italia da molti anni ed avendo un progetto migratorio volto alla stabilizzazione, in quanto a Napoli vi sono i suoi figli ed i nipoti, in riferimento a rimedi naturali sostiene:

“Mia mamma manda se mi serve! [...] E questo io mi sto curando quasi da sola... se qualcosa ... E così devi fare! Perché se no subito anche per bambini danno subito cortisone, antibiotico! Perciò io dico sempre che bravissimo il mio primo pediatra, lui non dava mai ... Dice dopo tre giorni, se non scende febbre o qualcosa allora aggiungiamo antibiotico! [...] Sì sì, fino adesso! Sì da noi sì, facciamo anche a casa, sciroppo! Antibiotico e tutto!” (Intervista a D., ucraina, Napoli, 2016)

Sv., allo stesso modo, a riguardo afferma:

“No io non prendo tanto queste medicine perché a me non serve. Se prendo ... non prendo troppo! Io sono quella là che utilizza ancora i metodi quelli là vecchi di nonni, mi piace! Sì. Sì. Certo! [...] Ma io adesso sono arrivata con medicinale qua! Prima di venire in Italia da noi veniva anche un medico che fa medicina di erboristeria perché mia mamma è di zona di queste montagne dove c'è raccolta di tutte queste erbe! [...] Sì sì. Si è più facile che consultiamo con lui, oltre erbe, c'è miele, ci sono...” (Intervista a Sv., ucraina, Napoli, 2016)

Av., seppure sia cresciuta in Italia preferisce farsi inviare tali rimedi dalla nonna sostenendo:

“A volte io uso anche, o li compro qua a Napoli che li vedono oppure me li faccio mandare da mia nonna dall' Ucraina.” (Intervista ad Av., ucraina, Napoli, 2017)

Le madri, inoltre, possono far ricorso a forme di pluralismo medico anche per la salute dei propri figli, come nel caso di L. o di E. L., infatti, afferma:

“Sì, sì, come! Ricette di nonna! Anche per il raffreddore per i bambini. Si si un'applicazione al posto di andare dal medico, [...] No perché io sono proprio contro, contro medicine! Eh sì lo usiamo sempre! Sempre tutti noi!” (Intervista a L. ucraina, Napoli, 2016)

E. invece sostiene di far ricorso, per sua figlia, a rimedi legati alla biomedicina dopo aver provato quelli naturali ed a riguardo ribadisce:

“Se non riusciamo con quelli, proseguiamo con... Infatti la mia bimba ha quattro anni e sette mesi, e la prima volta quando è stata in ospedale ha preso solo l'antibiotico. Fino a questa età al massimo se non riuscivamo a scendere la febbre, allora la tachipirina, per due giorni al massimo! E basta! [...] Erbe, c'è prodotti di erboristeria, [...] In Ucraina più che in Italia!” (Intervista a E., ucraina, Napoli, 2016)

A riguardo anche S. sposata con un italiano ed in Italia ad circa venti anni, in riferimento al ricorso diffuso a medicine tradizionali e naturali nel paese di origine, evidenzia come a suo parere sarebbe preferibile integrare i due approcci medici, sostenendo:

“Sì, decisamente sì in Ucraina, c'è anche in Ucraina questa cosa, e bisogna tanto credere in questo prima di tutto e loro credono. Io credo che utilizzano penso anche abbastanza perché c'è anche questa credenza che agevola è meglio. [...] Sì, manca conoscenza e fiducia in scienza sì. Pure io però dipende eh in caso perché ci vorrebbe quello e quello.” (Intervista a S., ucraina, Pisa, 2016)

S., tuttavia, a differenza di E., non usa per il suo figlio maggiore tali rimedi poiché il ragazzo, arrivato in Italia per ricongiungimento familiare non crede essi. La donna infatti sostiene:

“Mio figlio è venuto in Italia quando aveva undici anni è stato formato secondo visione di questo paese proprio e lui crede in democrazia ah lui crede in scienza” (Intervista a S., ucraina, Pisa, 2016)

A Napoli, inoltre, presso un'associazione gestita da donne dell'Europa dell'Est, volta alla risoluzione di pratiche burocratiche si vendono anche prodotti erboristici ucraini o alle volte le immigrate possono svolgere attività di rappresentanza e vendita in questo ambito.

Fra le immigrate intervistate, in ogni caso, vi sono donne che hanno ribadito di non far riferimento a medicine naturali o del paese di origine, come ne caso di O. che rivendica a riguardo una maggiore “modernità” affermando, infatti:

“No, io non usavo niente, perché diciamo ero più moderna! Non li uso... A parte la camomilla” (intervista a O., ucraina, Napoli, 2017)

Non tutte le immigrate inoltre, per le condizioni in cui versano possono far ricorso a spazi di cura transnazionali come nel caso di V., che a causa delle difficoltà economiche, non può tornare in vacanza nel paese di origine. V., infatti, afferma:

“Sì... Più dieta. Perché io non mangiare troppo, no troppo. Io no mangiare carne, sempre cercare verdura, per me latte pesce e così mio cibo! Sì, ma perché

questo anche costano troppo le erbe! Questo mi piace!” (Intervista a V., ucraina, Napoli, 2016)

S. invece, che al momento dell'intervista aveva ricevuto da poco i documenti di soggiorno afferma come senta l'esigenza di trovare anche in Italia medici che facciano ricorso a terapie non convenzionali o all'omeopatia, affermando:

“Mai andata, mai andata sempre vado a casa! [...] No qui no. Meglio... No se possibile io volevo trovare qualche omeopatico che mi fa qualche medicina per me, ma non so come trovare dove devo andare... Per ginecologo anche.” (Intervista a S., ucraina, Napoli, 2016)

Ecco come le diseguaglianze si esplicitino anche in tale ambito e vanno a colpire le fasce più fragili.

E' stato possibile constatare, in conclusione, come si evince dalle interviste condotte in entrambi i contesti di indagine, che permangono numerose difficoltà ad accedere ai servizi sanitari fra le immigrate filippine ed ucraine e queste si intrecciano, a traiettorie e spazi di cura transnazionali. Le problematiche inerenti l'accesso e la fruizione dei servizi, infatti, sono superate facendo ricorso a più risorse e network, sia a livello locale, (connazionali, familiari, datori di lavoro), che transnazionale. A queste ultime reti ricorrono sovente le donne ucraine impiegate in attività di assistenza e cura agli anziani, le migranti “in transito”, che per cure o controlli, anche inerenti la salute femminile e riproduttiva possono approfittare dei periodi di vacanza nel paese di origine o decidere di farsi inviare rimedi naturali o medicine del proprio paese.

La situazione di regolarità, in ogni caso, rappresenta un prerequisito per poter tornare periodicamente nel proprio paese di origine. Nella creazione di spazi di cura transnazionale, così, come hanno evidenziato alcune indagini, si possono ripristinare nuove diseguaglianze che penalizzano proprio coloro che sono in una situazione di maggiore precarietà (per l'irregolarità del soggiorno o per le difficoltà economiche).

A tali strategie possono ricorrere alle volte anche immigrate filippine, sebbene la distanza e gli elevati costi per poter rientrare nel paese di origine possono rappresentare un ostacolo in tal senso, a differenza delle donne ucraine che sono in una situazione di regolarità. In tal caso tuttavia, è stato possibile riscontrare come il ruolo delle reti familiari e comunitarie nel conteso migratorio possa rappresentare un importante ausilio per informare, indirizzare, orientare le immigrate ai servizi. Si è visto, per altro, come tale network comunitario a Napoli,

possa creare degli itinerari e dei percorsi “specifici” proprio per le donne di questa nazionalità, ad esempio, attraverso l’organizzazione di visite ginecologiche gratuite presso una clinica convenzionata della città. E’ così possibile parlare di centralità dei network comunitari fra immigrate filippine, il cui ruolo è invece meno significativo fra le donne ucraine.

Alcune differenze fra i due contesti di indagine possono ricollegarsi inoltre alla diversa gestione organizzativa dei servizi nei territori. Si è riscontrato infatti, che le immigrate filippine a Pisa, a differenza di quanto accade a Napoli, fanno riferimento in misura maggiore ai consultori del territorio.

Fra le immigrate filippine, inoltre le reti locali, nei contesti migratori sono particolarmente efficienti anche nell’indirizzare le connazionali ai servizi sanitari del territorio, assieme a quelle rappresentate dai datori di lavoro.

E’ emerso, infine, come sia le donne filippine che quelle ucraine facciano sovente ricorso a forme di pluralismo medico per sé e per i propri figli, grazie all’ ausilio di network che si dispiegano in uno spazio trans-nazionale. Ciò, come si è visto soprattutto fra le intervistate di origine filippina, può riguardare anche la gravidanza e della nascita dei propri bambini.

Conclusioni

Il percorso di questa ricerca, in relazione agli obiettivi posti, ha previsto una analisi in due contesti di indagine, le città di Napoli e Pisa, in riferimento alla presenza straniera sul territorio, alle politiche sanitarie, alle progettualità che riguardano la salute delle donne immigrate, nel corso della quale è stata focalizzata l'attenzione anche sugli aspetti organizzativi dei servizi e sulle reti in cui sono inseriti.⁵²¹

Ci si è soffermati, quindi, su dinamiche e problematiche inerenti l'ambito della relazione medico paziente, approfondite sia nel corso dell'attività di osservazione svolta presso i consultori, che a partire dal punto di vista di medici, operatori sanitari e mediatrici interculturali. Sono state, quindi, prese in considerazione le esperienze, le storie delle immigrate filippine ed ucraine, in riferimento alle difficoltà inerenti l'accesso ai servizi sanitari, ai percorsi di maternità e alla creazione di spazi di cura transnazionali.

Nel periodo in cui l'indagine è stata svolta, per altro, considerevoli mutamenti hanno, riguardato i servizi e le progettualità che coinvolgono le donne straniere, sia nel contesto pisano che in quello napoletano. Questi si ricollegano ai tagli al welfare che hanno inciso sulle riforme dell'assetto sanitario toscano e sull'instabilità di progettualità del contesto napoletano, che coinvolgevano il privato sociale e non sono state rifinanziate.⁵²²

⁵²¹ L'indagine ha previsto un approfondimento normativo, statistico e una ricerca sul campo, nel corso della quale sono state svolte attività di osservazione, osservazione-partecipante e interviste che nei due contesti territoriali, hanno coinvolto informatori privilegiati, medici, operatori sanitari ed immigrate. Per un approfondimento dei percorsi metodologici della ricerca e delle fasi in cui è stata articolata, si rimanda al Cap. V.

⁵²² A Napoli, in particolare, per quanto riguarda i servizi rivolti alle utenze immigrate in ambito sanitario alcuni eventi sono parsi particolarmente significativi. Sono state interrotte, infatti, alcune esperienze, valutate positivamente anche nell'ambito delle interviste condotte, quali il Servizio Regionale di Mediazione Culturale – YALLA (attivo da aprile 2012 a dicembre 2015), ed il progetto di mediazione di un ambulatorio ostetrico – ginecologico rivolto alle immigrate presso il Policlinico di Napoli, gestito dalla Cooperativa Sociale Dedalus. I mutamenti in Toscana invece hanno riguardato soprattutto la riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, prevista dalla legge regionale n. 84/2015. Dal 2016, così, l'ASL 5 di Pisa ed i suoi consultori, ove la ricerca era stata avviata, sono stati inglobati nella più ampia Area Vasta Nord Ovest. Attorno a tale processo riorganizzativo, che ha generato incertezze, in riferimento ad alcuni servizi presenti sul territorio, come il "consultorio immigrati", ruota un ampio dibattito. Si rimanda per approfondimenti ai Cap. VI e VII.

Nel corso della ricerca è emerso come la stabilizzazione della presenza straniera in Italia, di cui le donne sono state fin da principio protagoniste costituendone una quota considerevole, pone importanti sfide a livello politico, sociale e culturale. Fra queste quelle inerenti la fruizione dei diritti in ambito sanitario a cui si è prestata negli anni attenzione da un punto di vista normativo e politico, sebbene permangano numerose barriere e problematiche.⁵²³

In riferimento all'ambito di indagine considerato è stato possibile individuare alcuni nodi problematici, che possono influire in maniera significativa sui percorsi e sulle possibilità di accedere ai servizi sanitari delle donne straniere. Questi fanno riferimento a questioni inerenti la mancata o differenziata applicazione delle normative, l'organizzazione dei servizi sui territori, le dinamiche della relazione medico paziente, i tagli al welfare. Tali aspetti saranno, pertanto, ripresi in questa parte conclusiva, per poi soffermarsi sulle esperienze e sulle difficoltà inerenti l'accesso ai servizi sanitari delle immigrate ucraine e filippine intervistate, evidenziando, in relazione agli obiettivi e alla domanda di ricerca, quali siano le differenze emerse nei contesti di indagine considerati e quale il ruolo svolto dalle politiche sociali, sanitarie e dai network in cui le donne sono inserite a livello locale e transnazionale.

Le diseguaglianze legate alle barriere burocratiche e normative

Le storie, le vicende personali, le possibilità di accesso alla salute delle immigrate, come è stato riscontrato nel corso della ricerca, sono fortemente e talora, drammaticamente, legate alle diseguaglianze create dalle politiche, dalle normative o dalla loro mancata applicazione. A fronte di un sistema sanitario universalistico e di una legislazione inclusiva in materia di immigrazione e salute, infatti, tensioni e contraddizioni nascono dall'intreccio e dall'ambiguità dei diversi "livelli dell'impianto istituzionale e normativo" (Bigot, Russo, 2012). Le norme possono essere recepite in maniera differente fra diversi contesti, e dare luogo a "diseguaglianze", come si è visto nel terzo capitolo (Geraci, Bonciani, 2011). L'Accordo stabilito nell'ambito della Conferenza Stato Regioni e Provincie Autonome, nel 2012 ha tentato di porre rimedio a tale situazione, ma resta,

⁵²³ Si rimanda al Cap. III.

tuttavia, ancora parzialmente attuato (Geraci, Bonciani, 2011, Tognetti Bordogna, 2012, Masullo, 2010, Bigot, Russo, 2008).

L'accesso ai servizi sanitari, in ogni caso, come ha ribadito Schirripa "si lega inestricabilmente con la definizione di altri diritti" e alla "più ampia questione della definizione dei diritti e della cittadinanza" (Schirripa, 2014: 75). La normativa italiana, inoltre, per quanto avanzata, prevede trattamenti differenziati in relazione allo status giuridico e alla provenienza degli stranieri. È possibile, così, far riferimento al concetto di "cittadinanza sanitaria" che si ricollega, per utilizzare un terminologia fuocoultiana, al bio-potere dello stato-nazione di riconoscere chi può usufruire dei diritti in ambito sanitario (Schirripa, 2014: 67).

Specifiche attenzioni e tutele sono riservate, d'altro canto, ai minori e alle donne in gravidanza, alle quali è concesso un permesso di soggiorno temporaneo che non è possibile, tuttavia, convertire, in seguito, in uno per motivi di lavoro. Ciò può condurre al protrarsi di situazioni di irregolarità fra le immigrate, che potranno influire sulle possibilità di accedere ai servizi sanitari e sui percorsi di salute dei loro bambini. In Campania, inoltre, si pone il problema della mancata equiparazione di trattamento fra le persone provenienti da paesi appartenenti alla Unione Europea ai quali è rilasciata una specifica tessera E.N.I. (Europeo non iscritto) e quelle provenienti da paesi extra-europei. Le donne provenienti da paesi comunitari, così, pur indigenti o in gravidanza devono pagare esami specialistici.

Tali diseguaglianze, d'altronde, possono ripercuotersi soprattutto sulle situazioni di coloro che sono in una condizione di maggiore fragilità e necessitano di una presa in carico integrata.

Persistono, infine, come si è visto, numerose barriere burocratiche e amministrative a causa delle quali la normativa a tutela della salute resta solo parzialmente applicata. Emblematiche a riguardo sono le parole del Dott. Gualdieri che sostiene *"Noi abbiamo una marea di immigrati che, avrebbero diritto all'assistenza regolare e invece per intoppi burocratici, per dissociazioni tra i flussi anagrafici e i flussi di Asl non ce l'hanno!"* (Intervista a Dott. Gualdieri, ASL Napoli 1, 2016).

I contesti di indagine: le questioni inerenti l'organizzazione e le reti dei servizi sui territori

Nel corso della ricerca è stato possibile riscontrare considerevoli differenze, nei due contesti di indagine, in riferimento alle modalità di gestione, di erogazione dei servizi impegnati nell'ambito della salute delle donne immigrate e delle reti in cui sono coinvolti. Sono state, inoltre, rilevate diverse problematiche inerenti le modalità con le quali possono rapportarsi all'utenza straniera.

Presso l'ASL Napoli 1, in particolare, i tredici Consultori, ubicati nei dieci Distretti Sanitari del territorio e denominati "*Unità Complesse Tutela Salute Donna*" sono organizzati, al fine di rispondere alle esigenze delle immigrate, secondo una logica di "accompagnamento",⁵²⁴ per la quale si prevede la presenza di mediatrici culturali in caso di necessità.⁵²⁵

Una problematica che limita le possibilità di accesso delle immigrate a tali servizi, tuttavia, si ricollega al fatto che per questioni organizzative e di budget, restano aperti, in gran parte, esclusivamente al mattino. Non è prevista invece, un'attività pomeridiana per le donne, in particolare il giovedì pomeriggio, giorno libero della maggior parte delle straniere impiegate nell'ambito della collaborazione domestica o in attività di assistenza e cura.

La situazione in cui versa la sanità in Campania, in Piano di rientro, d'altro canto, influisce inevitabilmente sulle attività dei consultori, che, in ogni caso, come ha evidenziato la responsabile dell'Unità Complesse Tutela Salute Donna, non sono adeguatamente valorizzati e riconosciuti da un punto di vista organizzativo e della programmazione sanitaria.

I consultori lavorano in rete con alcuni servizi "dedicati" e dunque pensati per rispondere alle esigenze degli immigrati, come gli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti⁵²⁶ o il Centro per la Tutela della Salute degli

⁵²⁴ Per ulteriori approfondimenti in riferimento alle tipologie inerenti l'organizzazione dei servizi per stranieri elaborate da Tognetti Bordogna (2004), si rimanda al Capitolo IV.

⁵²⁵ Presso il consultorio principale, ubicato nel Distretto 31, in ogni caso, un giorno alla settimana è prevista la presenza di una mediatrice culturale bielorusa.

⁵²⁶ Questi sono presenti in ogni distretto sanitario della città e coinvolgono medici che svolgono per gli immigrati irregolari compiti analoghi a quelli dei dottori di famiglia e sono abilitati alle prescrizioni per visite specialistiche.

Immigrati, ubicato presso l'Ospedale Ascalesi.⁵²⁷ Accanto ad essi vi sono, poi, ambulatori ostetrico-ginecologici, specificamente rivolti all'utenza femminile immigrata, come quello realizzato, nel 2010 dall'ospedale evangelico di Villa Betania, le cui attività sono gratuite.⁵²⁸ Fino alla metà del 2016 inoltre presso il II Policlinico di Napoli, era attivo un ulteriore servizio ostetrico-ginecologico per donne straniere che prevedeva una équipe inter – disciplinare e la presenza di mediatrici interculturali.

Sul territorio, in ogni caso, è stato possibile riscontrare come alcune problematiche si ricollegano all'instabilità ed alla precarietà di iniziative e progetti significativi rivolti alla utenza immigrata, come il Servizio Regionale di Mediazione Linguistico Culturale Yalla che è terminato nel 2016 o il Progetto regionale Equità in Salute.⁵²⁹ Quest'ultimo prevede iniziative volte a facilitare l'accesso ai servizi e la prevenzione nell'ambito della tutela della salute femminile e della maternità, ma le sue attività sono state temporaneamente interrotte per problemi amministrativi e gestionali.

Tale situazione, assieme alle questioni organizzative dei servizi sanitari, non contribuisce a creare percorsi ben delineati volti a favorire le possibilità di accesso ad essi da parte delle immigrate, anche in un ambito particolarmente tutelato quale quello inerente la salute femminile e materno infantile.

Dall'analisi del contesto pisano, invece, è emerso come vi sia un sistema di governance socio sanitaria che presta particolare attenzione alle possibilità di accesso ai servizi delle donne straniere, attraverso apposite progettualità, sostenute da finanziamenti regionali e rivolte ad esempio ai consultori. La Regione Toscana, inoltre, ha introdotto un sistema di valutazione delle performance dei servizi che tiene conto anche della dimensione dell'“equità” attraverso appositi indicatori, alcuni dei quali fanno riferimento all'ambito materno infantile e sono pensati per

⁵²⁷ Questo ambulatorio, sorto nella città nel 2002, per iniziativa di un medico particolarmente sensibile alla tematica della migrazione, il Dott. Gualdieri, rappresenta un importante riferimento sia per l'utenza straniera, sia per gli enti del privato sociale impegnati in progettualità che coinvolgono le immigrate, come le donne vittime di tratta o richiedenti protezione internazionale. Per approfondimenti si rimanda al Cap. VI

⁵²⁸ Il servizio che si rivolge prevalentemente ad una utenza in condizioni di marginalità è aperto il giovedì pomeriggio ed è costituito da una équipe multidisciplinare. Per approfondimenti si rimanda al Cap. VI.

⁵²⁹ Il “Progetto Equità”, è stato finanziato dalla Regione Campania dal 2013 ed è articolato in macro – aree che prestano una particolare attenzione all'immigrazione, prevedendo attività formative, informative e la realizzazione tavoli di lavoro inter-istituzionali. Per approfondimenti di rimanda al Cap. VI.

le donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria.⁵³⁰ E' stato possibile, poi, riscontrare come sia attribuita una particolare importanza alla dimensione della integrazione degli interventi socio sanitari e della creazione delle reti sia nell'ambito dell'immigrazione che in quello della governance socio – sanitaria, attraverso un modello di sanità regionale caratterizzato da una istituzione “inedita” in termini di partecipazione, quale la Società della Salute (Cervia, 2014: 234).⁵³¹ Il contesto toscano, in tal senso, si differenzia considerevolmente da quello campano (Bottari, Foglietta, Vandelli, 2013; Femiano, Pelliccia, in corso di pubblicazione).⁵³²

L'organizzazione delle “Unità Funzionali Consultoriali” della zona pisana che a partire dal 2016 fanno parte dell'A.U.S.L. Toscana Area Nord Ovest è, poi, per alcuni aspetti, differente da quella della realtà napoletana, soprattutto per quanto attiene alle modalità di accesso dell'utenza immigrata.

Nell'area pisana, in particolare, ai consultori, le cui attività si svolgono sia la mattina che il pomeriggio e che analogamente ai servizi napoletani, sono organizzati secondo la logica dell'“accompagnamento”,⁵³³ si affianca l'attività del “consultorio immigrati”, rivolto esclusivamente alle utenti immigrate, situato presso il quartiere popolare del C.E.P. di Pisa e sorto come progetto sperimentale nel 1994. Ad esso fa riferimento l'utenza più problematica rappresentata da straniere irregolari, in situazione di marginalità economica con problemi comunicativi e donne di etnia rom. Percorsi specifici, sono riservati in

⁵³⁰ La Toscana, in ogni caso, come è stato rilevato in numerose indagini, può essere considerata “una delle regioni più virtuose” anche in riferimento all'attenzione prestata per la salute degli immigrati, sia in termini di “programmazione sanitaria” che per l'“impatto delle politiche” (Barsanti, Bonciani, 2016: 83; Geraci, Bonciani Martinelli, 2010; Bonciani Graci Marinelli, 2011).

⁵³¹ L'integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario è resa possibile, come ha evidenziato Femiano, anche dall'esistenza a livello regionale di un unico assessorato e di un'unica Direzione Regionale che presidia i due diversi ambiti (Femiano, Pelliccia, in corso di pubblicazione).

⁵³² Sono emerse nel corso della ricerca alcune criticità in riferimento alla Società della Salute, le cui sorti in seguito alla sentenza n. 326 della Corte di Costituzionale del 2010, sembrano divenute, incerte sebbene, come si evince dalle interviste, non vi sia la volontà di smantellare tali consorzi. Alcuni problemi si ricollegano a una politica più attenta al budget e meno partecipativa rispetto alle prime fasi, quando vi erano numerosi tavoli di lavoro che riguardavano anche l'immigrazione. Le modalità di gestione del budget, poi, possono limitare le possibilità di dare uno sbocco ai percorsi partecipativi, come si evince dalle interviste e dalle parole dall'ex presidente della Consulta del Terzo settore, Zappolini. Per approfondimenti si rimanda al Cap VII, paragrafo 7.4.

⁵³³ Ulteriori differenze attengono al fatto che i consultori pisani usufruiscono di un servizio informativo per sono collegati a livello informatico, con la possibilità di registrare le prenotazioni delle utenti su di apposite cartelle mediche informatiche mentre a Napoli, ove i dati delle utenti sono raccolti su cartelle cartacee. Una ulteriore facilitazione per le donne in gravidanza fa riferimento alla possibilità di ritirare presso i consultori un “Libretto di gravidanza”, , sul quale sono delineati tutti gli esami e le visite che dovranno eseguire.

collaborazione ad associazioni del terzo settore e del privato sociale a donne vittime di violenza e tratta o richiedenti protezione internazionale, e questi sono delineati nell'ambito della Società della Salute. Questo servizio si avvale di un'equipe interdisciplinare e svolge anche attività di orientamento, informazione per le immigrate, rappresentando così, un punto di riferimento fondamentale sul territorio.⁵³⁴ Le sue attività si svolgono il giovedì pomeriggio, così da favorire l'utenza femminile straniera.

Per i servizi consultoriali pisani, inoltre, un momento di svolta e riqualificazione è stato rappresentato dalla Delibera 259 del 2006 che ha previsto un ingente investimento finanziario. I finanziamenti regionali negli anni successivi hanno consentito, poi, di realizzare attività formative o informative nell'ambito dell'immigrazione e progetti specifici rivolti alle donne straniere.

▪ *Le reti dei servizi nei territori della ricerca*

In entrambi i territori di indagine sono numerose le attività e le progettualità realizzate da enti del Terzo Settore e del privato sociale, che riguardano la salute o la facilitazione di percorsi di accesso ai servizi per le donne immigrate.⁵³⁵

Nel corso delle interviste condotte a responsabili di servizi, di progetti e alle mediatrici interculturali è emersa, l'importanza di lavorare in collaborazione con altre organizzazioni e in particolare, la valenza attribuita alle reti che coinvolgono enti dell'ambito sociale e sanitario, per la presa in carico integrata delle situazioni più complesse, per la diffusione delle informazioni, per la risoluzione di barriere di ordine burocratico amministrativo. L'importanza di tali dimensioni è stata, inoltre, messa in luce da alcuni studi svolti in riferimento alla salute dei migranti (Bonciani, 2005; Masullo, 2010; Bigot Russo, 2008).⁵³⁶

Una differenza fra i due territori di indagine, riscontrata nella ricerca, fa riferimento alle caratteristiche ed alla governance delle reti che coinvolgono i servizi sanitari, gli enti locali ed il Terzo Settore.

Dalle interviste agli informatori privilegiati condotte nella città di Napoli, si evince la percezione della persistenza di alcune problematiche in riferimento alle possibilità di una integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario, legata alla

⁵³⁴ Si rimanda al Cap. VII.

⁵³⁵ Si rimanda ai Cap VI e VII.

⁵³⁶ Si rimanda per approfondimenti al Cap. II, paragrafo 2.1.

programmazione e alla gestione politica.⁵³⁷ E' stato possibile riscontrare, inoltre, come vi sia la percezione che gran parte delle reti e delle collaborazioni che coinvolgono i vari enti abbiano un carattere informale, non sempre siano sancite da protocolli o accordi e siano, piuttosto, legate a relazioni interpersonali, alla volontà o alla capacità di coloro che ne sono coinvolti. In alcuni casi è stato evidenziato che l'instabilità di tali collaborazioni si intreccia a quella dei partenariati realizzati nell'ambito di progetti che coinvolgono il privato sociale. L'organizzazione di tavoli inter-istituzionali sul territorio è valutata positivamente, sebbene potrebbe essere ulteriormente implementata, ad esempio, nell'ambito del progetto Equità, che al momento è temporaneamente fermo.

Alcune reti, dal carattere informale, inoltre, ruotano attorno alle iniziative e alle attività di medici particolarmente sensibili, come il responsabile del Centro Tutela Salute Immigrati. Il carattere di informalità di questi network, così, li rende anche, per certi versi, facilmente disgregabili, analogamente a ciò che è stato riscontrato in ricerche svolte in altri territori della Campania (Masullo, 2010).⁵³⁸

⁵³⁷ Si rimanda a riguardo al Cap. VI. Una indagine condotta da Russo e Bigot (2008) inoltre ha riscontrato come nella città le politiche per la salute non abbiano portato alla formalizzazione di un network di servizi caratterizzata da "obiettivi e priorità condivise". La morfologia della rete che coinvolge enti locali, il terzo settore e l'ambito sanitario era piuttosto costituita per gli autori, monadi che interagiscono con altri attori per competenze complementari alla propria.

⁵³⁸ Si fa qui riferimento ad alcune riflessioni condotte in una indagine, svolta in provincia di Salerno da Masullo (Masullo 2010) Lo studioso, per analizzare il contesto salernitano, riprende la distinzione fra reti formali ed informali di De Nicola (1998). Le prime fanno riferimento all'ambito istituzionale, all'apparato burocratico, di controllo sociale mentre le seconde, a un contesto di tipo spontaneo, senza regole imposte dall'alto. Le reti informali, sono deboli e necessitano di essere sostenute, in quanto non sono in grado da sole di coprire i bisogni, perché non possiedono le risorse di quelle formali. Per queste ultime, tuttavia, il rischio è quello di erogare prestazioni "senza volto umano", in quanto la specializzazione e la burocratizzazione possono bloccare la possibilità di entrare in interazione con particolari tipi di bisogni. L'ideale come ha ribadito De Nicola, sarebbe un intervento costruito secondo una logica di mix formale – informale per far sì che la rete di sostegno nel suo complesso sia efficiente e funzionante (Di Nicola 1998). Nel contesto studiato da Masullo, quello della provincia di Salerno, l'assenza di una politica di rete che connetta istituzioni e privato sociale e l'esistenza di una "pluralità sordinata di sguardi" indicano a definire come "personalistica" la rete del benessere cui danno vita i medici. Esisterebbero così, una pluralità di reti parziali (retine) organizzate in maniera specifica intorno alla figura di alcuni operatori più sensibili, più che di derivazione da accordi formali stipulati fra istituzioni. Si tratta di un network costituito da esperti e da persone che intrattengono amicizia con altri operatori appartenenti ad organizzazioni diversi, al fine di tutelare la salute degli immigrati. Questa rete si distingue da quella formale perché è legata all'impegno soggettivo dell'operatore a far sì che esista e si distingue da quella informale perché gli operatori hanno rapporti con gli altri operatori, anche per il fatto di appartenere ad istituzioni formali. I rischi di tale situazione sono tre per Masullo: che queste reti non si formalizzino sul piano situazionale (quindi continuino a contrapporsi due anime quella formale dell'azienda sanitaria e quella informale di alcuni dei suoi operatori); che possano disgregarsi facilmente, perché legate all'iniziativa dei singoli operatori. Un ultimo rischio, infine, fa riferimento al fatto che queste reti possano portare ad un rapporto di dipendenza fra operatore ed immigrato (Masullo, 2010: 122).

Nel contesto napoletano, dunque, si può ritenere che le problematiche emerse in riferimento alle collaborazioni fra enti ed organizzazioni in ambito sociale e sanitario sul territorio, possano ricollegarsi alla gestione politica in tale ambito e all'instabilità delle reti, legata alla precarietà di attività e servizi non istituzionalizzati o al carattere "informale" delle stesse collaborazioni.

Nel territorio pisano, invece, la Società della Salute svolge un ruolo di fondamentale importanza poiché gestisce gran parte dei servizi e delle progettualità che riguardano la salute delle immigrate, coinvolgendo enti dell'ambito sanitario, servizi territoriali, come i consultori e del privato sociale, in reti più formalizzate rispetto ad altri contesti territoriali, come quello napoletano o campano. Nel corso della ricerca, così, è stato possibile riscontrare come tale istituzione, rappresenti un "nodo" centrale nell'ambito dei network e delle collaborazioni fra enti pubblici e del privato sociale, che possono essere caratterizzati da diversi livelli di formalizzazione. Dalle interviste ai responsabili di servizi, dei progetti e agli informatori privilegiati si rileva una valutazione positiva sul territorio, in riferimento alla integrazione fra gli ambiti del sociale e del sanitario, per far fronte alle situazioni più complesse che richiedono un approccio integrato, così come delle reti volte a orientare o indirizzare le donne fra i diversi ambiti, anche nelle situazioni più problematiche.

Si può, tuttavia, ritenere che le possibilità che tale organizzazione possa facilitare i percorsi di salute delle immigrate si ricollegano anche alle politiche territoriali volte alla gestione dei fenomeni migratori. L'attuale amministrazione, come è emerso dalle interviste, ha intrapreso, in ambito migratorio, una politica, per certi versi, securitaria, così come più "prudente" è divenuto, rispetto al passato, l'orientamento della Società della Salute in riferimento alla possibilità di realizzare, attraverso percorsi partecipati, progettualità innovative. Sono state, in ogni caso, realizzate, negli anni, numerose attività formative, informative con il coinvolgimento dei servizi territoriali nell'ambito della salute materno infantile, rivolte alle immigrate.

A Pisa, così, si può ritenere che siano più lineari, rispetto al contesto napoletano, anche se non del tutto formalizzati, i percorsi di accesso ai servizi sanitari, che coinvolgono particolari fasce dall'utenza femminile straniera, inserite nelle progettualità del territorio, sebbene si tratti di una utenza con situazioni complesse

e problematiche (come donne vittime di tratta, richiedenti protezione internazionale). Percorsi delineati anche grazie all'attenzione politica rivolta alla dimensione dell'integrazione socio – sanitaria e alle caratteristiche delle reti che coinvolgono i diversi soggetti dell'ambito sociale e sanitario.⁵³⁹

▪ *Il dibattito sull'organizzazione dei servizi*

Un ampio dibattito ruota, per altro, in riferimento all'organizzazione e alla gestione dei servizi che fa riferimento alla considerazione e agli approcci con i quali possono rapportarsi all'utenza straniera (Fassin, 2004; Schirripa, 2002; Bonciani, 2005, Padovan, Alietti, 2008).⁵⁴⁰ Esso rimanda, ad esempio, alla questione dell'appropriatezza dei servizi “dedicati”, specificatamente rivolti alle immigrate, in riferimento ai quali ci si può interrogare chiedendosi se siano da considerarsi “ghettizzanti” e discriminanti o se consentano, piuttosto, di garantire l'effettiva fruizione di un diritto e di far fronte alle situazioni più problematiche. Le posizioni, in tal senso, possono essere differenti. Alcuni ricercatori hanno evidenziato come discriminazioni possono essere generate da criteri organizzativi universalistici, che fanno leva su norme e procedure che rischiano di non prendere adeguatamente in considerazione le differenze culturali o gli approcci e le visioni diverse da quelli fornite dalla bio – medicina occidentale (Padovan, Alietti, 2008: 143) Le riflessioni condotte nell'ambito dell'antropologia medica, d'altro canto, hanno messo in luce come, seppure sia fondamentale tener conto delle differenze culturali, è comunque necessario fare attenzione a non enfatizzarle, attraverso una concezione essenzialista e deterministica della cultura (Fassin, 2004; Mangone, Masullo, 2010, Signorelli, 2006; Schirripa, 2002).⁵⁴¹

⁵³⁹ Per approfondimenti si rimanda al Cap. VII. Tale ambito può per altro rimandare al dibattito internazionale inerente le network policies o la network governance in ambito sanitario, che tuttavia non rientra fra gli obiettivi di tale ricerca.

⁵⁴⁰ Si rimanda al Cap. IV

⁵⁴¹ Fassin, ad esempio, ha evidenziato quali possano essere i rischi di un approccio culturalista che può condurre all'organizzazione di servizi su base “differenzialista”, con il rischio di “costringere” i pazienti stranieri entro modelli culturali e tradizioni di cura che non necessariamente gli appartengono (Fassin, 2004) L'utenza immigrata d'altro canto può essere particolarmente disposta a rinegoziare identità culturali e pratiche tradizionali (Mangone, Masullo, 2010, Signorelli, 2006), sebbene alle volte possa essere orientata ad un pluralismo delle cure (Schirripa, 2002).

Nel corso di questa ricerca⁵⁴² si è rilevato come in entrambi i territori, alcuni servizi rivolti nello specifico alle immigrate, che si avvalgono di équipe interdisciplinari, in possesso di competenze ed una formazione adeguata, con la presenza di mediatrici trans-culturali, possano garantire maggiore equità di accesso e l'emersione di una utenza che rischierebbe di restare nel sommerso. Fra questi ad esempio il Consultorio Immigrati di Pisa o l'ambulatorio ostetrico ginecologico ubicato presso il Policlinico di Napoli, poi chiuso. In riferimento a tali servizi si può ritenere, concordando con la responsabile dei consultori pisani, che laddove non sia possibile poter avere gli stessi standard qualitativi presso altre strutture, essi piuttosto che essere ghettizzanti, facilitano le possibilità di emersione, soprattutto delle fasce di utenza che sono in condizioni di maggiore marginalità.

Si può, così, concordare con Sen che ha ribadito come l'equità in salute non equivalga ad "uguali opportunità alle cure" ma al "grado di salute conseguito tenendo conto della diversità dei bisogni sanitari" (Sen, 1999).

Sarebbe, in ogni caso, auspicabile che soluzioni analoghe a tali progettualità possano essere estese, in maniera trasversale, a tutti i servizi sanitari.

Emblematiche, inoltre sono a riguardo le riflessioni di Seppilli che nel ribadire la necessità di calibrare i servizi alle esigenze degli immigrati, ha evidenziato:

"Il peso essenziale di una soluzione non può non cadere sulle reti di servizi pubblici e su quelle che ad essi organicamente si correlano (privato sociale, volontariato) in un quadro di moderno welfare state" (Seppilli, 2000: 48)

Alcuni ricercatori, in ogni caso, hanno ribadito come in riferimento all'organizzazione dei servizi, fra i due estremi, l'uno volto alla scarsa considerazione delle differenze con pratiche di assistenza modellate su criteri universalistici e l'altro basato su di un orientamento differenzialista, sia importante attivare "forme negoziali" nel rapporto fra gli operatori e l'utenza straniera" (Padovan, Alietti, 2008: 150). Schirripa, a riguardo, ha sottolineato come il riconoscimento del valore della diversità culturale debba "andare di pari passo con l'ascolto delle specifiche esigenze e richieste" dei pazienti stranieri senza "oscurare i problemi legati alle condizioni materiali" in cui vivono (Schirripa, 2002).

⁵⁴² Si rimanda al Capitolo V

Tali riflessioni ci riportano così, a un ulteriore ambito preso in considerazione in questa ricerca, ovvero quello che attiene alle dinamiche e all'importanza della dimensione relazionale, che come ribadito in precedenti indagini, (Quaranta, 2012; Masullo, 2010; Bigot, Russo; 2008, Tognetti Bordogna 2008; Falteri, Giacalone 2013, Padovan, Alietti, 2008, Fantauzzi, 2010; Kleinman, 2006, 1995, 1980; Good, 1999, 2006; Fassin, 2001, 2004; Mazzetti, 2005; Colasanti, Geraci, 1995), può influire considerevolmente sui percorsi di salute delle immigrate.

La relazione medico-paziente: l'importanza della formazione e della mediazione interculturale

Dalle interviste condotte e dalle attività di osservazione svolte presso i servizi consultoriali delle città di Pisa e Napoli è stato possibile riscontrare, analogamente ad altri studi (Falteri, Giacalone 2013; Padovan, Alietti, 2008, Masullo, 2010), come l'ambito inerente la relazione medico paziente possa essere particolarmente complesso e alle volte difficile, a causa di gap comunicativi, differenze culturali, diverse visioni della salute o della maternità, o rappresentazioni stereotipate, che si ricollegano una concezione essenzialista delle culture di origine dei migranti. La relazione medica che rimanda, per altro, alla distanza che può esservi fra illness e disease (Kleinman, 2006, 1995, 1980; Good, 1999, 2006) come ha evidenziato Quaranta andrebbe ripensata “nei termini di un contesto in cui si pone mano alla co – costruzione di significati” (Quaranta, 2012: 271).⁵⁴³

La rappresentazione, il tipo di immagine che i medici hanno degli immigrati può influire sul livello di attenzione, partecipazione e percezione della causa sanitaria dello straniero (Masullo, 2010:166). Nel corso della ricerca è emerso come vi siano medici particolarmente attenti alle esigenze delle immigrate, che ricercano pur nelle difficoltà, particolari modalità relazionali, strategie comunicative volte all'ascolto e al confronto, tenendo conto delle differenze culturali e sperimentando forme di negoziazione. Questi, per altro, possono avere un approccio dedicato alle tematiche dell'immigrazione, come nel caso del referente del Centro Tutela Salute Stranieri a Napoli.

⁵⁴³ Si rimanda per ulteriori approfondimenti al Cap. VIII, Paragrafo 8.1.

Nel corso di questa ricerca, poi, in occasione dei colloqui informali e delle interviste è stato possibile rilevare come spesso gli operatori sanitari tendano a sistematizzare cognitivamente i diversi gradi di difficoltà nel rapporto con pazienti stranieri in base alle provenienze, costruendo una sorta di classificazione dei gruppi, che enfatizza stereotipi negativi o positivi (Padovan e Alietti, 2008: 151). Sono state, infatti, riscontrate rappresentazioni stereotipate delle utenti immigrate da parte degli operatori sanitari, che possono, talora, sottendere forme di “etnocentrismo attitudinale” (Lanternari, 1983).⁵⁴⁴

Le immigrate, poi, alle volte, come riscontrato in precedenti indagini, possono essere considerate “sottomesse”, fino a essere rappresentate quali “vittime”, soprattutto se di provenienza da paesi islamici e ciò anche a causa delle difficoltà comunicative (Padovan e Alietti, 2008: 152) come nel caso delle giovani ragazze bengalesi fra le ostetriche dei consultori pisani.⁵⁴⁵

Dalle interviste si evince che le principali difficoltà relazionali percepite dai medici, in entrambi i contesti di indagine, si ricollegano soprattutto a questioni linguistiche e comunicative o a volte, a differenze religiose. E’ stato possibile per altro, rilevare la percezione di maggiori problemi nel rapporto con immigrate provenienti da Bangladesh o Cina (per barriere linguistiche) e con donne straniere di etnia rom, per ragioni attribuite alla distanza culturale e per le difficoltà delle utenti di adeguarsi alle regole, rispettando gli orari o i giorni delle visite. Il rapporto con le donne di religione islamica può essere considerato complesso perché, sovente, mediato da figure maschili, o perché legato al rifiuto di essere visitate da medici che non siano di sesso femminile. Presso i servizi ove l’osservazione è stata svolta, comunque, si prova, in queste circostanze, ad andare incontro alle esigenze delle immigrate.

Difficile, inoltre, è considerato anche il rapporto con le donne che rientrano nei nuovi flussi migratori di richiedenti protezione internazionale, sebbene in questo caso la relazione possa essere mediata dalle operatrici di progettualità del privato sociale. Si tratta infatti, di donne giovani, con livelli di istruzione più bassi e minori capacità comunicative rispetto ai flussi del passato, che spesso durante il tragitto verso l’Italia subiscono diverse forme di violenza e alle volte sono

⁵⁴⁴ Si rimanda al Cap VIII.

⁵⁴⁵ Si rimanda al Cap VIII.

costrette a ricorrere, pertanto, ad interruzioni volontarie di gravidanza. Giovani donne dallo “*sguardo perso*”, sostiene, a riguardo, una ginecologa.⁵⁴⁶

In ambito relazionale è stato possibile riscontrare la considerevole importanza attribuita da parte di medici ed operatori sanitari alle dimensioni della formazione e della mediazione inter-linguistica ed interculturale, dimensioni che sono fra loro strettamente interconnesse. Attività formative sono previste in maniera più significativa nel contesto pisano mentre sono numerose le criticità che attengono ai servizi di mediazione inter linguistica ed inter – culturale in entrambi i contesti di indagine.

▪ *Le “questioni aperte” inerenti i servizi di mediazione interculturale*

Quello della mediazione interlinguistica ed interculturale rappresenta un ambito complesso attorno al quale ruota, come si è visto nel Cap VIII, un ampio dibattito. Nel corso della ricerca, in ogni caso, sia da parte del personale sanitario che da parte delle immigrate è stata espressa una forte richiesta di mediazione interlinguistica considerata di fondamentale importanza per migliorare i servizi, e quale ausilio nel far fronte a barriere comunicative. Dalle interviste al personale sanitario si evince come la figura del mediatore interculturale sia considerata fondamentale al fine di potersi rapportare anche con l’utenza più problematica, ad esempio rappresentata da donne vittime di tratta, richiedenti protezione internazionale o rom. Le immigrate inoltre, possono ricorrere a forme di “mediazione informale” facendo riferimento alle reti comunitarie o associative.

Durante la ricerca, per altro, è stato possibile appurare che la presenza di mediatrici di una particolare nazionalità presso alcuni servizi possa contribuire a facilitare e al contempo a far emergere una particolare utenza, “richiamando” le connazionali per le quali può rappresentare un punto di riferimento (come nel caso della mediatrice cinese presso l’ambulatorio dedicato ad immigrate del Policlinico II o quella somala presso il consultorio immigrati del CEP). Si può ipotizzare che la possibilità di prevedere un turn over di mediatrici di diversa nazionalità, ad esempio, presso i servizi dei consultori, potrebbe facilitare l’accesso delle

⁵⁴⁶ In riferimento a tali nuovi flussi migratori per altro sono state riscontrate forme di tratta anche fra le donne richiedenti protezione internazionale accolte presso i CAS.

immigrate, soprattutto nelle prime fasi dei loro percorsi migratori, quando potrebbero aver bisogno di un ausilio maggiore in ambito linguistico.⁵⁴⁷ Il rischio che questo approccio può sottendere, tuttavia, potrebbe essere quello di “costringere gli individui ad indossare la divisa della propria cultura senza concedere loro la possibilità di meticcarsi, contaminarsi, scegliere”, o di rivendicare il diritto “all’opacità” come ha evidenziato Aime riferendosi al pensiero di Glissant e Amselle (Aime, 2012: 44).⁵⁴⁸ Si può ritenere, così, che tale possibilità potrebbe essere attuata nell’ambito di politiche a più ampio raggio.

Numerosi, in ogni caso, possono essere gli interrogativi che si ricollegano alle problematiche riscontrate nel corso della ricerca in riferimento a tale ambito. In riferimento al dibattito inerente il ruolo e la rappresentazione della mediazione interculturale, affrontato nel Cap. VIII, ci si può, interrogare domandandosi se la richiesta di maggiore mediazione da parte degli operatori sanitari possa sottendere, in parte, il rischio di una rinuncia alla relazione con le pazienti straniere ed una delega dell’incontro con l’alterità alle mediatrici.⁵⁴⁹ È possibile, così, auspicare che ulteriori investimenti in ambito formativo, in senso interculturale, volti a coinvolgere gli operatori dei servizi, possano contribuire ad evitare la deresponsabilizzazione e la delega da parte di questi, della relazione con l’utenza immigrata.

In entrambi i contesti di indagine, inoltre, è stata riscontrata una riduzione di fondi destinati ai servizi di mediazione interlinguistica ed interculturale. I tagli alla spesa sanitaria, così, possono mettere in discussione la presenza di mediatrici

⁵⁴⁷ Si fa qui riferimento ad alcuni suggerimenti emersi nel corso delle interviste a informatori privilegiati volte a migliorare i servizi per le donne immigrate.

⁵⁴⁸ Questo concetto fa riferimento all’idea che “non esista” una divisione, ma “una catena più o meno continua di culture e società”, ovvero della “indefinitezza come matrice originaria”, considerando che la “trasparenza”, contrapposta alla opacità, potrebbe essere, come rileva Aime, più pericolosa. Si tratta per lo studioso di considerare non che “viviamo separati perché non ci capiamo” ma che “non ci capiamo completamente” però “possiamo convivere” (Aime, 2012: 46).

⁵⁴⁹ Nell’ambito del più recente dibattito, infatti, come si è visto è oramai riconosciuto che erronee visioni e rappresentazioni della mediazione interculturale possano, dare origine ad “approssimazioni di stampo culturalista”. (Luatti, 2011; Luatti Torre, 2012) La posizione più recente ha ribadito come la mediazione dovrebbe essere intesa alla stregua di una “competenza diffusa”, di un processo “corale” e “collettivo” e dunque come un “dispositivo d’intervento” che dovrebbe a coinvolgere l’interazione di più soggetti e tutti gli operatori dei servizi (Luatti, Torre, 2011; Belpiede, 2008; Cima 2009)

Tale concezione della mediazione si ricollega, così, all’ambito della formazione continua degli operatori sanitari.

interculturali nei servizi, sebbene si possa ritenere che tale questione si ricolleggi, anche, a precise scelte politiche.⁵⁵⁰

Le modalità con le quali nei due territori i servizi sanitari fanno riferimento alla mediazione interculturale sono, in ogni caso, differenti.

Una problematica inerente le attività di mediazione erogate sul territorio campano e napoletano fa riferimento al fatto che sono, sovente, affidate a servizi a cui non è poi, fornita, per questioni economiche, una continuità o che non sono istituzionalizzati, sebbene possano aver rappresentato esperienze positive ed innovative.⁵⁵¹ Fra questi lo stesso Servizio Regionale di Mediazione Linguistico Culturale Yalla, realizzato nell'ambito di una progettualità basata su finanziamenti a termine, la cui interruzione nel 2016, ha creato considerevoli difficoltà da un punto di vista organizzativo.⁵⁵² Ci si può, così, interrogare, chiedendosi quanto tale circostanza possa ricollegarsi ai tagli al welfare e alla situazione complessa della sanità campana e quanto, invece, alla mancanza di una precisa volontà politica di tramutare una progettualità innovativa⁵⁵³ in un servizio stabile, magari prevedendo altre possibilità di finanziamento ed erogazione.

Può sembrare, poi, per certi versi paradossale, che gli spazi che fanno riferimento alla mediazione inter-culturale siano stati ridotti proprio in una situazione di aumento della presenza migratoria sui territori, come è stato ribadito anche dagli informatori privilegiati nel corso delle interviste.

E' possibile, così, concordare con Masullo che rileva come in alcuni contesti sia prevalente "il carattere della emergenzialità" e "l'assenza di un'ottica complessiva che coinvolga tutti i settori di intervento, compresi quelli socio – assistenziali" (Masullo, 2010: 119).

A Pisa, analogamente alla realtà campana, vi è una situazione volta a moderare le attività di mediazione interculturale, attraverso una riduzione dei finanziamenti che comporta una diminuzione delle ore o della presenza fissa delle mediatrici

⁵⁵⁰ Per approfondimenti si rimanda al Cap VI ed al Cap VII.

⁵⁵¹ Questo è il caso dell'attività di mediazione dell'ambulatorio dedicato alle immigrate presso il Policlinico (2007 – 2016) o del servizio regionale di mediazione linguistica e culturale. Si rimanda per approfondimenti al Cap. VI.

⁵⁵² Il servizio dell'ASL Napoli 1, così, attualmente prevede l'attività di mediazione inter – culturale fissa solo per alcune strutture dedicate, quali gli ambulatori S.T.P. e il consultorio familiare dell'Annunziata del Distretto 31. La mediazione a chiamata, era invece affidata al progetto Yalla. Per approfondimenti si rimanda al Capitolo VI.

⁵⁵³ Il servizio Yalla infatti oltre ad attività di mediazione interlinguistica ne prevedeva altre legate all'informazione all'orientamento e alla ricerca.

impegnate in ambito sanitario. Particolari problemi, ad esempio, si ricollegano alla instabilità della presenza della mediatrice presso il consultorio immigrate (come si è visto nel Cap. VII). Sul territorio pisano, tuttavia, la situazione sembra in questo ambito più delineata, dal momento che attraverso l'erogazione di bandi pubblici l'Asl e i presidi ospedalieri fanno riferimento a servizi di mediazione in maniera più ampia e stabile, rispetto a quanto avviene a Napoli (sebbene i bandi siano in ogni caso da rinnovare).⁵⁵⁴

A tali questioni, per altro, in entrambi i contesti è correlata la forte precarietà occupazionale delle stesse mediatrici inter-culturali, come si evince dalle interviste.⁵⁵⁵

Si può ritenere così, che in questo ambito, sarebbe auspicabile una politica impegnata a realizzare da un lato interventi complessivi volti alla integrazione delle immigrate, alla riduzione delle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari e dall'altro orientata ad implementare le attività di mediazione interlinguistica ed inter-culturale, assieme ad azioni formative "integrate" che coinvolgano le diverse professionalità dei servizi. Ciò al fine di costruire contesti adeguati, affinché si affermino interventi "diffusi" che contribuiscano a smantellare gli stereotipi e a travalicare i culturalismi.

I percorsi e i punti di vista delle immigrate: le difficoltà inerenti il rapporto con i servizi sanitari, i vissuti del parto e la creazione di "spazi di cura transnazionale"

Le storie, le condizioni delle donne intervistate sono eterogenee ed i loro percorsi unici e singolari sono caratterizzati, al contempo, da tratti comuni che ci consentono di poter avanzare alcune considerazioni conclusive in riferimento alle principali problematiche inerenti l'accesso ai servizi sanitari, il rapporto medico paziente, il ruolo delle reti nei contesti migratori e la costruzione di traiettorie di cura transnazionali. E' possibile, in ogni caso, concordare con Giacalone quando afferma:

⁵⁵⁴ Per approfondimenti si rimanda al Capitolo VII.

⁵⁵⁵ Una significativa richiesta di presenza di mediatrici interculturali qualificate è emersa, anche nell'ambito delle interviste alle immigrate filippine. Le attività di mediazione sono attivate a livello informale e comunitario.

“Difficile stabilire un percorso unitario in queste storie, difficile trarne delle riflessioni univoche. Perché scrivere sui processi migratori significa parlare delle persone, delle loro esperienze, della ricerca individuale di un equilibrio nuovo, equilibrio precario perché ogni giorno messo in discussione dai cambiamenti della vita, di lavoro, dal rinnovo dei permessi di soggiorno dalla ricerca di una casa” (Giacalone, 2006: 237)

Le immigrate filippine ed ucraine, inserite in prevalenza nell’ambito della collaborazione domestica o in attività di cura ed assistenza, hanno modelli migratori simili, ma che al contempo si differenziano fra loro.⁵⁵⁶ Dalle interviste a Napoli e a Pisa si evince come i percorsi, le traiettorie, le condizioni in Italia, possano influenzare considerevolmente le modalità di approccio ai servizi sanitari così come, altre variabili, individuate da indagini precedenti, quali il tempo di soggiorno in Italia o il livello di istruzione (Censis, 2015). La carenza di informazioni o il poco tempo libero da poter dedicare a sé stesse e alla propria salute, possono, poi, essere determinanti e sovrapporsi ad ulteriori barriere. La rete sociale in cui le donne sono inserite rappresentata da connazionali, familiari o dal datore di lavoro può svolgere, così, un ruolo particolarmente significativo, soprattutto dinanzi alle difficoltà che possono incontrare i primi tempi in Italia.

Dalle interviste, inoltre, analogamente ad indagini precedenti (Tognetti Bordgona, 2009), è stato possibile riscontrare come vi siano maggiori difficoltà ad orientarsi fra i servizi sanitari o a far riferimento ad essi, fra coloro che sono inserite nell’ambito delle attività di assistenza e cura, a differenza delle donne che rientrano nella categoria delle cosiddette “migranti permanenti” (Vianello, 2009). Queste ultime sono rappresentate da immigrate più giovani, impegnate in attività part-time, alle volte giunte in Italia per ricongiungersi ai familiari o che hanno ricostituito un nucleo familiare nel contesto migratorio, facendo arrivare anche i figli. Le storie, le vicende sono in ogni caso singolari.⁵⁵⁷

Fra le donne ucraine, in particolare come è stato riscontrato nel corso della ricerca, possono esservi innumerevoli difficoltà che ostacolano il ricorso ai servizi sanitari, sia a Napoli che a Pisa, sebbene siano considerate una utenza poco problematica da un punto di vista relazionale (come è emerso dalle interviste a

⁵⁵⁶ Per approfondimenti si rimanda al Cap IX.

⁵⁵⁷ In questa ricerca è stato possibile riscontrare quei segnali di cambiamento in riferimento alla presenza ucraina individuato anche da indagini precedenti. (Cap. IX, par. 9.2). Numerosi mutamenti sono emersi anche dalla ricerca sul campo nell’ambito della collettività filippina ed a Napoli sono stati rilevati grazie ad una indagine longitudinale.

medici ed operatori sanitari)⁵⁵⁸ e accedano ai servizi sanitari in misura maggiore di immigrate di altra provenienza (come si evince dai dati statistici).⁵⁵⁹

Dalle testimonianze e dalle storie raccolte, infatti, si desume che alcune problematiche possano essere dovute alla irregolarità del soggiorno, al poco tempo libero per via delle attività lavorative fortemente usuranti e segreganti, alla disinformazione in riferimento alle possibilità di tutela in ambito sanitario, anche nel caso di gravidanza o ai lunghi tempi di attesa per le visite. Problematiche che, in entrambi i contesti di indagine, sono in ogni caso, prevalenti fra le donne che non hanno una rete familiare sul territorio o che svolgono l'attività di "badanti" rientrando, così, nella categoria delle cosiddette migranti "in transito" (Vianello, 2009). In tal caso, pertanto, può essere fondamentale il ruolo svolto dai datori di lavoro,⁵⁶⁰ come si è visto nelle vicende di alcune delle donne intervistate.

In riferimento alla tutela della salute femminile, dalle interviste condotte sia a Napoli che a Pisa, è stato possibile riscontrare come le donne ucraine più anziane, impegnate in attività di badanti abbiano maggiori difficoltà a rivolgersi ai consultori familiari, o non siano a conoscenza di questi servizi, come avviene soprattutto nel capoluogo campano. Nella città di Pisa, in ogni caso, l'accesso e la fruizione ad essi, può essere facilitato dalle lettere che periodicamente ricevono per gli screening mammografici e ginecologici.

Dalle interviste alle immigrate filippine si evince come per ottenere informazioni per orientarsi fra i servizi sia determinante il ruolo dei datori di lavoro assieme a quello svolto da familiari e connazionali.

I percorsi sanitari delle donne di questa nazionalità a Napoli ed a Pisa sono simili ed influenzati, come nel caso delle donne ucraine, dalle condizioni lavorative, dalle reti familiari, dalla temporaneità o meno del progetto migratori, dal tempo trascorso in Italia e da quello disponibile in base alle esigenze lavorative. E' stato possibile riscontrare, in ogni caso, alcune differenze fra i due contesti in riferimento all'accesso ai servizi consultoriali. Le immigrate filippine, infatti, si

⁵⁵⁸ Si rimanda al Cap. VIII

⁵⁵⁹ Il maggior ricorso ai servizi sanitari da parte di immigrate di questa nazionalità, come è emerso dalle interviste può ricollegarsi ad una cultura diffusa legata alla prevenzione nel paese di origine. Il riferimento alla biomedicina, in ogni caso, si affianca ad una medicina tradizionale legata a rimedi naturali, erboristici, che sovente le stesse immigrate affermano di preferire.

⁵⁶⁰ Si rimanda al Cap. IX

rivolgono ai consultori nella città di Pisa in maniera più significativa rispetto a quanto avviene a Napoli, grazie alle lettere che periodicamente ricevono per lo screening. Tale differenza fra i due contesti, confermata anche dai dati sanitari,⁵⁶¹ può ricollegarsi a questioni organizzative dei servizi. E' emblematico come a Napoli immigrate di questa nazionalità facciano pochissimo riferimento, oltre che ai consultori, anche ad altri servizi dedicati alle donne straniere. Le donne intervistate piuttosto, si sono rivolte, grazie all'ausilio dei propri datori di lavoro, a medici o a servizi privati. A Napoli, d'altro canto, i network comunitari sono centrali e svolgono un ruolo fondamentale nell'ambito della tutela della salute, in quanto le associazioni locali possono creare degli appositi "percorsi" sul territorio, con l'ausilio delle reti informali dei datori di lavoro. E' emblematico come la presidente di una delle associazioni filippine della città organizzi periodicamente, per le connazionali, visite mediche di gruppo, gratuite, presso servizi convenzionati del territorio. Una ulteriore ragione per la quale le donne filippine si rivolgono poco ai servizi del territorio, può ricollegarsi, pertanto, al ricorso a forme di pluralismo medico ed a strategie di cura transnazionali, analogamente a quanto avviene fra immigrate ucraine.

Dai racconti, dalle narrazioni inerenti la gravidanza, il parto e la maternità delle immigrate intervistate si evince come, al di là delle tutele legislative persistano problematiche e difficoltà anche in questo ambito.⁵⁶² Queste possono essere fortemente intrecciate ai percorsi lavorativi, alle condizioni di regolarità, o ad una scarsa informazione in riferimento ai propri diritti. Le esperienze, comunque, possono essere eterogenee. Nel caso delle immigrate filippine è stato riscontrato come il network comunitario possa rappresentare, anche in tali circostanze, un considerevole ausilio, sia per far fronte a problematiche e barriere linguistiche, che per fornire supporto, informazioni ed orientamento ai servizi. Fra immigrate ucraine il ruolo svolto dalle reti comunitarie sembra essere meno significativo e le donne intervistate fanno riferimento soprattutto alle reti familiari sul territorio.

⁵⁶¹ Si rimanda all'analisi delle statistiche sanitarie Cap. IX

⁵⁶² La maternità può rappresentare per le donne di questa nazionalità, come si è visto, una esperienza dolorosa attraversata da vissuti e pratiche transnazionali, sebbene segnali di mutamento e stabilizzazione siano stati riscontrati anche fra questi flussi migratori, caratterizzati un aumento del numero dei figli e dei nuclei familiari, soprattutto fra immigrati filippini.

La dimensione lavorativa, inoltre, per le donne di entrambe le nazionalità rappresenta un aspetto particolarmente significativo che può incidere considerevolmente sui percorsi di maternità. La situazione di maggiore irregolarità e precarietà in ambito occupazionale delle migranti ucraine rispetto alle filippine, in ogni caso, fa sì che siano meno tutelate in questo ambito. Emblematico come in caso di irregolarità per il lavoro o per i documenti del soggiorno, alcune donne ucraine intervistate, non avendo diritto al sostegno per la maternità, abbiano raccontato di essere state costrette, fra molte difficoltà, a tornare al lavoro, poco tempo dopo la nascita dei loro bambini. La nascita di un figlio, inoltre, implica sovente una riorganizzazione dei percorsi lavorativi, con il passaggio ad occupazioni part-time e può associarsi, talvolta, alla perdita del lavoro.⁵⁶³

Dalle interviste, inoltre, è emerso come anche per i percorsi di maternità, le immigrate filippine che risiedono a Pisa facciano riferimento in prevalenza ai servizi pubblici e ai consultori, affermando di sentirsi soddisfatte dell'assistenza ricevuta. Le donne intervistate a Napoli, invece, sia ucraine che filippine, per questioni organizzative dei servizi, per le difficoltà a conciliare i tempi di lavoro con gli esami in gravidanza o perché indirizzate dai propri datori di lavoro o dai familiari, si sono rivolte in prevalenza a medici o cliniche private. Per alcune di esse, inoltre, l'esperienza della gravidanza e del parto ha rappresentato l'evento principale per il quale hanno fatto ricorso, per sé stesse, ai servizi sanitari.

E' stato, poi, possibile riscontrare come, in riferimento a forme di pluralismo medico, alle volte, le donne possano far ricorso anche durante la gravidanza, il parto o il puerperio a rimedi tradizionali, erboristici, come nel caso di alcune immigrate filippine (ad esempio Mi., a Napoli). Alle volte in riferimento ad essi possono scegliere consapevolmente di vivere tale fase della vita in maniera non medicalizzata (come nel caso di Sv., una donna ucraina che ha scelto di eseguire pochissime ecografie).

Le immigrate filippine, inoltre, possono riproporre nel contesto migratorio, in forma ibrida, prassi e pratiche protettive tradizionali, legate all' evento biosociale

⁵⁶³ Anche in questo caso è stato possibile riscontrare come le immigrate filippine per la maggiore regolarità occupazionale sono maggiormente tutelate. Emblematica a riguardo la vicenda di Sv. a Napoli per la quale le difficoltà inerenti i vissuti della prima gravidanza si ricollegano all' assenza di una rete di sostegno e a difficoltà in ambito lavorativo, che poi l'hanno spinta a fare causa al proprio datore di lavoro.

della nascita (Ranisio, 2012), ricorrendo a divieti alimentari, ad altre tipologie di tabù (come il non toccare l'acqua fredda nel periodo del puerperio) e all'uso di erbe mediche che rientrano nella medicina tradizionale. Nel contesto migratorio, tuttavia, l'assenza di una rete di sostegno ed i ritmi lavorativi possono influire sulla relazione madre bambino e non facilitare la possibilità di un allattamento prolungato, così come previsto tradizionalmente. Fra le donne intervistate che hanno partorito sia in Italia che nelle Filippine i racconti del parto nel paese di origine stridono fortemente con quelli del contesto migratorio, proprio per la perdita dei riferimenti comunitari e delle reti femminili di sostegno, che rendono tale evento denso di significati da un punto di vista sociale e culturale.

In entrambe le collettività prese in considerazione, inoltre, è stato possibile riscontrare come la presenza di traiettorie di cura transnazionali si intrecci a forme di pluralismo medico, così come rilevato in studi analoghi che hanno coinvolto migranti di altre provenienze (Zanini, Raffaetà, Krause, Alex 2013; Krause 2008, Dyck 2006; Dyck, Dossa 2007; Collins 2008; Piperno, Tognetti Bordogna, 2016). Il riferimento a "spazi di cura transnazionali", come si è visto nel Cap. IX, può rappresentare una risposta alle difficoltà ad accedere ai servizi nelle località di emigrazione, ma può ricollegarsi anche alle concezioni della salute, della malattia, della gravidanza o agli approcci medici ai quali, le immigrate, sono orientate. Le donne intervistate, infatti, hanno evidenziato come facciano sovente riferimento a forme di pluralismo medico. Il ricorso a rimedi erboristici o a pratiche "tradizionali" può affiancarsi ad approcci biomedici e all'utilizzo delle strutture del servizio sanitario nazionale nel contesto di emigrazione, analogamente a quanto può accadere nei paesi di origine, sebbene vi siano delle differenze fra le due collettività di immigrate.

Si è visto, così, che le immigrate ucraine, soprattutto qualora abbiano ancoraggi emotivi nel paese di origine o svolgano l'attività di badanti, possono spostarsi lungo itinerari transnazionali, approfittando dei periodi di vacanza nel paese di origine per effettuare visite e controlli o si fanno inviare farmaci, rimedi naturali ed erboristici, dai familiari. Quest'ultima possibilità può far riferimento soprattutto ai primi periodi in Italia, quando sono maggiori le difficoltà o le situazioni di irregolarità che possono ostacolare il ricorso ai servizi del territorio. E' emerso, per altro, come la prassi di farsi inviare medicine o rimedi naturali sia

diffusa sia fra le donne ucraine più giovani, che hanno in Italia il loro nucleo familiare, progetti volti alla stabilizzazione e sperimentano forme di mobilità occupazionale (come nel caso di E., Av., Sv.), sia fra quelle più anziane. La pratica di recarsi, per le cure, nel paese di origine, invece, può essere diffusa anche fra immigrate che sono in Italia da molti anni, come si è visto nel caso di N., o R., a Pisa e si spiega in riferimento a molteplici ragioni fra le quali il timore di perdere il lavoro, il poco tempo a disposizione nel contesto migratorio, la preferenza per cure o rimedi più vicini alla medicina tradizionale del paese di origine o questioni economiche. Si fa, così, riferimento al cosiddetto “paradox status” della migrazione transnazionale (Nieswand 2011), per il quale le immigrate possono acquisire prestigio e ricorrere anche a servizi medici a pagamento nel paese di origine, grazie ai lavori degradanti svolti nel contesto migratorio. La prassi di rivolgersi a itinerari di cura transnazionali, inoltre, può essere spiegata in riferimento al senso di appartenenza (Raffaetà, 2016), come è emerso in alcune interviste svolte a Pisa, dalle quali si evince la condizione di transitorietà con cui è percepita l’esperienza migratoria, legata al sentirsi, sempre e comunque, “straniere”.

Le immigrate filippine, analogamente a quelle ucraine, fanno riferimento alle reti transnazionali per poter ricorrere a rimedi medici “tradizionali”, che nel paese di origine sono particolarmente diffusi, anche in occasione del parto o per la cura dei propri bambini. Dalle interviste, infatti, è emerso come sia frequente il riferimento, nei contesti migratori, ad un sapere medico legato a preparati fitoterapici ed erboristici, che si tramanda fra le generazioni. Emblematico per altro come, alle volte anche nei luoghi di emigrazione possano esservi figure di “guaritori” tradizionali, a cui le donne possono rivolgersi per sé o per i propri bambini, come è stato possibile riscontrare a Pisa.⁵⁶⁴

Nel corso di questa ricerca, si è visto come, analogamente a quanto riscontrato in altre indagini (Raffaetà, 2016; Zanini, Raffaetà, Krause, Alex 2013; Krause 2008; Dyck, Dossa 2007; Giacalone, 2006)⁵⁶⁵ le madri immigrate intervistate, si

⁵⁶⁴ Le immigrate raccontano, infatti, come nelle Filippine le erbe mediche si coltivano negli stessi giardini di casa e ciò si affianca ad un sistema sanitario organizzato su principi privatistici e pertanto, molto oneroso. Dalle interviste e dai colloqui informali è emerso come sia diffuso il ricorso a tali conoscenze e a medicine tradizionali anche fra gli immigrati in Italia.

⁵⁶⁵ Le ricerche di Giacalone (2006) tuttavia, hanno preso in considerazione le madri maghrebine, mentre quelle di Raffaetà (2016) i genitori ecuadoregni e marocchini.

“affidano ai medici senza dimenticare la medicina tradizionale” (Giacalone, 2006: 238). La “medicina domestica di queste donne” è così “un ibrido articolato e composito” (Giacalone, 2006: 239),

Le possibilità di ricreare itinerari di cura transnazionali tuttavia, come si è visto nel Cap IX, riproducono forme di disegualianza e sono meno praticabili fra coloro che sono in situazioni di maggiore precarietà.

Le traiettorie di salute, di accesso e fruizione ai servizi sanitari sono, così, intrinsecamente legate ai percorsi e ai progetti migratori delle donne immigrate, alle loro situazioni familiari, alle possibilità offerte dalle condizioni lavorative, alle volte segreganti, al ruolo svolto dalle reti locali o transnazionali, che possono favorire o meno la creazione di spazi, itinerari di salute che travalicano i confini, come pure al senso di appartenenza (Raffaetà, 2016) o alle concezioni di salute, malattia, maternità, che si ricollegano, invece, agli universi simbolici dei paesi di provenienza. Nel corso di questa ricerca, in ogni caso, è emerso come la gestione dei servizi sanitari, nei due territori considerati possa influire sulle possibilità di accesso e fruizione ad essi e sul ricorso da parte delle migranti a differenti network. La diversa organizzazione dei consultori e delle reti di servizi si traduce, infatti, in un ricorso più significativo ad essi da parte delle immigrate filippine, nel contesto pisano, dove i percorsi di maternità e salute sono più delineati.

I modelli, i progetti migratori si intrecciano, così, alle possibilità offerte dai diversi contesti territoriali. I network femminili locali e transnazionali assolvono un importante ruolo per entrambe le collettività prese in considerazione, sebbene, come si è visto, abbiano caratteristiche differenti.

In conclusione da questa indagine si evince, la considerevole importanza svolta dagli aspetti politico sociali, da questioni inerenti l'organizzazione dei servizi sanitari, come delle dimensioni relazionali, nel favorire le possibilità di accedere ai servizi sanitari da parte delle donne straniere.

Il percorso per il riconoscimento dei diritti sanciti dai principi normativi sembra, tuttavia, ancora incompiuto. In tale direzione un ruolo non secondario può essere svolto da politiche migratorie attente alle condizioni complessive delle donne straniere e da altre volte a facilitare, invece, l'integrazione ed il confronto fra gli ambiti del sociale e del sanitario. Fondamentale può essere, inoltre, l'attenzione posta alle dinamiche organizzative dei servizi e a quelle relazionali, con la realizzazione di attività formative e informative rivolte sia alle potenziali utenti

che agli operatori. Ciò ci riporta alle considerazioni di Sayad che ha evidenziato come le migrazioni possano essere considerate un *“fatto sociale totale”*, poiché in esse, *“sono coinvolte tutte le sfere dell’essere umano, delle sue interazioni con l’universo economico, sociale, politico, culturale e religioso”* (Sayad, 2002).

Significative sono, infine, a riguardo le riflessioni di Seppilli quando afferma:

“Una vera calibratura dei servizi sanitari alle eterogenee caratteristiche della utenza costituirà prima ancora che una buona risposta ai bisogni e alle richieste degli immigrati, un passo avanti decisivo per tutti coloro che in qualche modo a tali servizi fanno riferimento” (Seppilli, 2015: 241)

Molto può dipendere, in ogni caso, da quella che può essere considerata una cultura di accoglienza, di apertura nei confronti della diversità di cui le migranti sono portatrici e dalla volontà politica di salvaguardare il principio universalistico del sistema sanitario nazionale, messo a rischio dai tagli al welfare. Ecco come la presenza immigrata consente di riflettere anche sulle politiche dei contesti di accoglienza, in quanto i migranti si inseriscono in essi, come ha ribadito Sayad, rispecchiandone le problematiche e non creandole (Sayad, 2002).

Ulteriori prospettive di ricerca

Ulteriori direttrici di indagine potrebbero essere volte ad approfondire le traiettorie di cura transnazionali o focalizzare l’attenzione sul ruolo dei network sociali in altre collettività, come nel caso delle donne di religione islamica, i cui percorsi e modelli migratori possono essere molto diversi da quelli delle immigrate intervistate nel corso di questa ricerca. Ulteriori approfondimenti, inoltre, potrebbero coinvolgere, le richiedenti protezione internazionale, in aumento nel contesto italiano, sia in riferimento alle problematiche inerenti l’accesso ai servizi, che per approfondire i vissuti o le difficoltà relative al periodo della gravidanza e del parto. Queste come è emerso dalla ricerca, fanno sovente ricorso ai servizi dei consultori o ad ambulatori dedicati per situazioni legate alla loro sfera femminile, per controlli o gravidanze anche nel periodo in cui sono accolte in progettualità o C.A.S. dei territori. Altri studi, inoltre, potrebbero integrare l’approccio qualitativo ad indagini campionarie fra le immigrate o alla network analysis.

In riferimento alle forme di pluralismo medico, infine, ci si potrebbe interrogare ulteriormente, nella prospettiva sociologica e dell’antropologia medica, sul ruolo

svolto da politiche sanitarie volte ad un maggiore riconoscimento delle “medicine non convenzionali” in relazione ai percorsi di salute e maternità delle immigrate.

Ringraziamenti:

Ringrazio, in particolar modo, per la collaborazione l'A.S.L. Napoli 1 e la Dott.ssa Papa, Responsabile dell'Unità Complessa Tutela Salute Donna, l'A.U.S.L. Area Nord Ovest Ambito Pisa e la Dott.ssa Trimarchi, Responsabile dei consultori dell'area pisana. Ulteriori ringraziamenti vanno alle équipes dei consultori, che hanno accolto la mia presenza per questa ricerca.

Per le statistiche fornite, invece, si ringrazia: il Servizio Flussi Informativi dell'E.S.T.A.R., Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale della Toscana e in particolare la Dott.ssa Barontini; la Società della Salute di Pisa; il Dott. Ancona dell'Unità Complessa Tutela Salute Donne dell'A.S.L. Napoli 1; il servizio S.A.S.C.I. (Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati) dell'A.S.L. Napoli 1; l'ISTAT che ha fornito le elaborazioni personalizzate inerenti la presenza straniera; il Dott. Luciano Gualdieri del Centro Tutela per la Salute degli Immigrati – Ospedale Ascalesi di Napoli; la Cooperativa Sociale Dedalus; la responsabile dell'ambulatorio ostetrico ginecologico di Villa Betania.

Ringrazio, inoltre, le mediatrici culturali, gli informatori privilegiati a Pisa e a Napoli, che hanno accolto le interviste e le loro successive integrazioni. Fra questi un ringraziamento particolare va a Don Armando Zappolini presidente del C.N.C.A., a Sergio Bontempelli Presidente dell'Associazione "Africa Insieme", alla Cooperativa Arnera di Pisa, all'Associazione Unità Migranti O.N.L.U.S. di Pisa, al Dott. Trani della Caritas di Napoli e alla referente della Biblioteca e del Centro di Documentazione della Cooperativa Sociale Dedalus.

Ringraziamenti sono ancora dovuti e sentiti alle donne ucraine e filippine incontrate in questo percorso, che hanno condiviso le loro storie e le loro esperienze. Fra queste, per il loro aiuto decisivo, ringrazio la presidente dell'Associazione filippina di Napoli, "ate" Precy e dell'associazione filippina di Pisa "ate" Carmela e tutte le donne che per ragioni di privacy evito di citare.

Un ringraziamento è rivolto, infine, ai miei tutor che hanno accolto i dubbi, i quesiti e mi hanno indirizzata in questo percorso di ricerca, la Prof.ssa de Filippo, il Prof. Giordano e in particolare, per i preziosi consigli, la correzione del testo e il sostegno, la Prof.ssa Gianfranca Ranisio.

BIBLIOGRAFIA

Affronti M., Baglio G., Geraci S., Marceca M., Russo M.L. (a cura di), *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere - Atti del XIII Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*, Bologna, Pendragon, 2014.

Affronti M., Geraci S., Russo M. L. (a cura di) *Migrazioni, salute, crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*, Bologna, Pendragon, 2012.

Agenas, *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*, Ministero della Salute, 2013.

Aluffi Pentini A., *La testimonianza di Alexander Langer e le tesi sulla convivenza interetnica*, in «Padagogika.it», 3, 2009, pp. 95 – 101.

Amadei N., *Con voce di donna. Migranti dall'Est, straniere di casa*, Associazione Gruppo Abele, 2005.

Amaturo E., Punziano G., *I mixed methods nella ricerca sociale*, Roma, Carocci, 2016.

Ambrosini M., Berti F., *Persone e migrazioni*, Milano, Franco Angeli, 2009.

Ambrosini, M., *Puntelli stranieri alle famiglie italiane*, in «Famiglia Oggi», 12 dic. 2002, pp. 8 – 13.

Ambrosini M., *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*, Bologna, Il Mulino, 2008.

Ambrosini M., *Sociologia delle Migrazioni*, Bologna, Il Mulino, 2011.

Ambrosini M., *Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere*, Bologna, Il Mulino 2013.

Ammaturo N., de Filippo E., Strozza S. (a cura di) *La vita degli immigrati a Napoli e nei paesi vesuviani*, Milano, Franco Angeli, 2010.

Ammirata F., de Filippo E., Strozza S., *Caratteristiche e condizioni di vita degli immigrati a Napoli. Indagine campionaria nella città di Napoli*, Servizio Regionale di Mediazione CulturaleYalla, Napoli, 2014.

Amselle, J. L., *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*, Paris, Flammarion, 2001.

Andall J., *Gender migration and domestic service. The politics of black women in Italy*, Aldershot, Ashgate, 2000.

Anderson B., *Doing The dirty work? The global politics of domestic labour*, London, Zed Books,. 2000.

Appadurai, A., *Modernity at large. Cultural dimensions of globalization*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1996.

Ars Toscana, *Immigrazione e salute in Toscana*, Firenze, Documenti dell'Agenzia Regionale Toscana, n. 58 giugno 2011.

Baldi A., *Rifarsi un'immagine. Cancellazioni, abrasioni e riaffermazioni identitarie nelle foto di emigranti, dal vecchio album ad internet* in Miranda M., Signorelli A. (a cura di), *Pensare e ripensare le migrazioni*, Palermo, Sellerio, 2011, pp. 286 – 297.

Balibar E., Wallerstein I., *Razza, nazione, classe*, Roma, Edizioni Associate, 1992.

Balsamo F., (a cura di) *Da una sponda all'altra del Mediterraneo. Donne immigrate e maternità*, Torino, Harmattan, 1997.

Balsamo F., *Autonomia e rischi della mediazione culturale*, in Luatti L., (a cura di) *Atlante della mediazione linguistico culturale. Nuove mappe per la professione del mediatore*, Milano, Franco Angeli, 2006.

Bandera L. (a cura di), *Migrazione e salute*, in «Quaderni di sanità pubblica», n. 65, Milano CIS, 1990.

Banfi L. *Genere e legami familiari transnazionali* in Catanzaro R., Colombo A. (a cura di), *Badanti e Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2009, pp. 195 – 218.

Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G. (a cura di) *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Baraldi C., *La mediazione interlinguistica e interculturale. Una prospettiva sociologica* in L. Gavioli (a cura di) *La mediazione linguistico culturale. Una prospettiva interazionista*, Perugia, Guerra, 2009.

Barsanti S., *L'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata: dati a confronto*, in Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (a cura di), *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale*, Milano, Il Mulino, 2012, pp. 85 – 154.

Barsanti S., Bonciani M., *L'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata: focus su ospedalizzazioni e percorso nascita*, in Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2016, pp. 82 – 114.

Basili F., Di Rosa A., Montorio V., Tamburini C., (a cura di) Ufficio di Statistica Certificato di assistenza al parto (CeDAP) *Analisi dell'evento nascita - Anno 2011*, Roma, Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, 2015.

Beck, S., *Biomedical Mobilities – Transnational Lab-Benches and Other Space-Effects*, in Michi Knecht, Maren Klotz, Stefan Beck, *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*, Frankfurt, New York Campus, 2012, pp. 357-374.

Berti F., Valzania A., (a cura di) *Le nuove frontiere dell' integrazione. gli immigrati stranieri in Toscana*, Milano, Franco Angeli, 2010.

Bertin G., Fazzi L. *La governance delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci, 2010.

Biancheri R., Dell'Osso L., (a cura di), *Da Esculapio a Igea. Un approccio di genere alla salute*, Pisa, Edizioni Plus, 2007.

Biancheri R. (a cura di), *Ricerca e sociologia della salute fra presente e futuro*, Milano, Franco Angeli, 2012.

Biancheri R., *Cosa significa prevenire e valutare il rischio in ottica di genere? Dalla normativa alla sua applicazione: il contributo della sociologia* in Biancheri R., Carducci A., Ficini G., Foddis R., *Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere*, Milano, Inail, Volume n. 4, 2013, pp. 22 – 31.

Bigot G., Russo M.L., *Esperienze di rete nella policy per la salute degli immigrati*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008, pp. 135 – 162.

Bigot G., Russo M. L., *Politiche, processi, reti. Cornici ed idee per un'esperienza partecipativa* in Geraci S. Gnolfo F. (a cura di) *In rete per la salute degli immigrati*, Bologna, Pendagrone, 2012, pp. 21 – 35.

Bimbi F. (a cura di), *Differenze e disuguaglianze. prospettive per gli studi di genere in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.

Bonciniani M., *La salute come diritto di cittadinanza: un approccio socio - antropologico*, in Bracci F., Cardamone G., *Presenze, migranti e accesso ai servizi socio – sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2005, pp. 141 – 165.

Bonciniani M., Murante A. M., *La gravidanza*, in Murante A. M., Nuti S., Matarrese D. (a cura di) *I quaderni del MeS Management e Sanità Percorso materno infantile, n. 01*, Firenze, Polistampa, 2014, pp. 13 – 24.

Bonfanti S., *Farsi madri. L'accompagnamento alla nascita in una prospettiva interculturale*, in «Quaderni di Donne & Ricerca», Torino, CIRSD (Centro Interdisciplinare Ricerche e Studi delle Donne), n. 27, 2012.

Boni S. (a cura di), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Quaderni Formez n. 57, Roma, Formez, 2007.

Bonifazi, C., Conti C., Strozza S., *Introduzione. Il quadro d'insieme in Studi emigrazione* in “Studi emigrazione. International Journal of Migration Studies”,

Bonifazi, C., Conti C., Strozza S., (a cura di) *Le migrazioni dall' Europa centro orientale a quella meridionale: tendenze e problemi negli anni della crisi*, Anno LIII n. 202, 2016, pp. 179 – 191.

Bonizzoni P., *Famiglie Globali. Le frontiere della maternità*, Torino, Utet, 2009.

Bonora N., *Donne migranti, protagoniste attive nei processi di trasformazione*, in «Rivista RPD Ricerche di Pedagogia e Didattica», Vol 6. n.1, 2011, pp. 1-13.

Bontempelli S., Campioni G., Ciani I., Frugoni C., Mei M. (a cura di), *Immigrazione a Pisa. Enti pubblici e politiche di accoglienza*, Africa Insieme, Pisa, Edizione E.T.S., Quaderno 2003.

Bontempelli S., *La popolazione straniera nella città di Pisa: le ricerche commissionate dagli enti pubblici* in Bontempelli S., Campioni G., Ciani I., Frugoni C., Mei M. (a cura di), *Immigrazione a Pisa. Enti pubblici e politiche di accoglienza*, Africa Insieme, Pisa, Edizione ETS, Quaderno 2003, pp. 21 – 34.

Boswell C., *Migration in Europe. A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*, Migration Research Group, Hamburg Institute of International Economics, 2005.

Bottari C., Foglietta F., Vandelli L., (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rep. Di San Marino, Maggioli, 2013.

Boyd M., *Donne migranti e politiche di integrazione* in Presidenza del Consiglio dei Ministri «Atti della conferenza Internazionale sulle Migrazioni», Roma, 1991.

Bracci F., Cardamone G., *Presenze. Migranti e accesso ai servizi socio – sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2005.

Bracci F., Valzania A. (a cura di), *Primo rapporto di monitoraggio sulle politiche dell'immigrazione in Toscana. Accoglienza, integrazione e cooperazione*, Osservatorio sociale regionale, Regione Toscana, 2015.

Canclini N. G., *Culture ibride. Strategie per entrare e uscire dalla modernità*, Milano, Guerini e Associati, 2000.

Capitani G., *Il punto di vista degli operatori e le opinioni degli utenti immigrati*, in Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (a cura di), *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale*, Milano, Il Mulino, 2012, pp. 155 – 220.

Caponio T. *Documenti, lavoro, casa: l'integrazione delle donne immigrate* in Catanzaro R., Colombo A. (a cura di), *Badanti e Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2009, pp. 85-108.

Caputo B., *L'etnicizzazione della malattia in contesto migratorio. Una prospettiva antropologica* in Pasini N., Picozzi M., (a cura di) *Salute e immigrazione. Un modello teorico pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2005, pp. 99 – 132.

Caritas Italiana, *Europa. Allargamento a Est e immigrazione*, Dossier Statistico Immigrazione Caritas Migrantes, Roma, Idos, 2004.

Caritas Migrantes (a cura di) *L'immigrazione ucraina in Italia*, Dossier statistico Immigrazione Caritas, Roma, Idos, 2009.

Caritas Migrantes, *XXIV Rapporto Immigrazione 2014. Migranti attori di sviluppo*, Perugia, Tau, 2015.

Carling J., *Gender dimensions of international migration*, in «Global Migration Perspective» n. 35, Geneva, 2005, pp. 120 – 137.

Carrillo D., Pasini N., *Migrazioni, generi, famiglie*, Milano, Franco Angeli, 2009.

Carrilo D., Sarli (a cura di), *Migranti cinesi e filippini mettono in crisi la sindrome da general Hospital*, Milano, ISMU, 2012.

Castles S., Miller M.J., *L'era delle migrazioni. Popoli in movimento nel mondo contemporaneo*, Bologna, Odoya, 2012.

Catanzaro R., Colombo A. (a cura di), *Badanti e Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2009.

Censis, *I nuovi pellegrini*, Fondazione Farmafactoring, SanArtLab, 2015

Centro Studi Inter-istituzionale per l'integrazione socio – sanitaria Comune di Napoli/ ASL Na 1, *Profilo di Comunità 2010 – 2012*, Comune di Napoli, Istat, ASL, Na 1, 2012.

Cervia S., *Una lettura gendered – oriented delle dinamiche del mercato del lavoro in Toscana ai tempi della crisi* in Biancheri R., Carducci A., Ficini G., Foddis R., *Salute e sicurezza sul lavoro, una questione anche di genere* Milano, Inail, Volume n. 4, 2013, pp. 32 – 82.

Cervia S., *La partecipazione dei cittadini in Sanità*, Milano, Franco Angeli, 2014.

Chiesi A., *L'analisi dei reticoli*, Milano, Franco Angeli, 2007.

Cima R., *Incontri possibili. Mediazione culturale e pedagogia sociale*, Roma, Carocci, 2009.

Cipolla C. (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Milano, Franco Angeli, 2014.

Cipolla C., Ruspini E., *Genere, Salute, Medicina. Una introduzione ai contenuti del volume* in Cipolla C. (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Milano, Franco Angeli, 2014, pp. 9 – 13.

Colasanti R., Geraci S., *Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*, in «Affari sociali internazionali», 3/1990, pp. 83-89.

Colasanti R., Geraci S., *I livelli di incomprensione medico paziente immigrato*, in S. Geraci (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*, Roma, Peri Tecnes, 1995, pp. 213-220.

Conti C., Bonifazi C., Racioppi F., *Il lavoro delle donne ucraine in Italia tra stabilità e segnali di cambiamento* in «Studi emigrazione International Journal of Migration Studies», Bonifazi, C., Conti C., Strozza S., (a cura di) *Le migrazioni dall' Europa centro orientale a quella meridionale: tendenze e problemi negli anni della crisi*, Anno LIII n. 202, 2016, pp. 299 – 317.

Conti C., Bonifazi C., Strozza S., *Le migrazioni dall' Europa - Centro Orientale all' Italia: una storia al femminile* in «Studi emigrazione International Journal of Migration Studies», Bonifazi, C., Conti C., Strozza S., (a cura di) *Le migrazioni dall' Europa centro orientale a quella meridionale: tendenze e problemi negli anni della crisi*, Anno LIII n. 202, 2016, pp. 257 - 281.

Coordinamento e Supporto attività connesse al Fenomeno Migratorio (a cura di) *Un fenomeno complesso: il lavoro femminile immigrato*, Roma, INPS, 2008.

Crippa M., *Tipizzazioni e costruzione sociale dell'accesso ai servizi sanitari* in Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2016, pp. 146 – 165.

Damone R. D., Innocenti M., Picchioni I., Turco L., *La programmazione di Area Vasta. Un modello operativo strategico di governo di una sanità che cambia* in «Salute e Territorio», n. 209/2016, pp. 864 – 869.

D'Esposito M.R., Giordano G., Vitale M.P., *Analisi delle Reti Sociali: per conoscere uno strumento uno strumento per conoscere*. Atti del Convegno Università di Salerno, Salerno, Rubettino, 2009.

de Filippo E., *Le lavoratrici giorno e notte*, in Vicarelli G. (a cura di), *Mani invisibili*, Roma, Ediesse, 1994.

de Filippo (a cura di) *Donne Lontane Sempre Presenti. Percorsi di immigrazione ed emigrazione femminile in Campania*, Napoli, Gesco, 2009.

de Filippo E., *Il mediatore in ambito socio – sanitario* in Luatti L., *Mediatori atleti dell'incontro. Luoghi modi e nodi della mediazione cultural*, Milano, Vannini, 2011, pp. 129 – 143.

de Filippo E., Strozza N., *Gli immigrati in Campania negli anni della crisi economica. Condizioni di vita e di lavoro, progetti e possibilità di integrazione*, San Giuliano Milanese, Franco Angeli, 2016.

Decimo F., *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Bologna, Il Mulino, 2005.

Dei F., *Antropologia medica e pluralismo delle cure*, in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», Vol. 37, 2014, pp. 81 – 103.

Di Franco G., *Tecniche e modelli di analisi multivariata*, Milano, Franco Angeli, 2011.

Dick I. Dossa P. , *Place, health and home: Gender and migration in the constitution of healthy space* in «Health & Place», n. 13, 2007, pp. 691–701.

Dimasi L., *Il difficile panorama della sanità italiana* in Bottari C., Foglietta F., Vandelli L., (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rep. Di San Marino, Maggioli, 2013, pp. 19 – 30.

D’Onofrio G., *Evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale: dagli editti piemontesi al care manager*, in Ranisio (cura di) *Salute, formazione, territorio*, Napoli, A Est dell’Equatore, 2014, pp. 35 – 54.

D’Ottavio G., *Migrazioni femminili ed agenzie “nere”. Lavoratrici domestiche polacche nella provincia italiana*, in «Studi Emigrazione», Vol. XLII n. 159, 2005, pp. 547 – 560.

Dotti M., Luci M., *Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Ehrenich B., Hochschild, A.R., *Donne Globali. Tate colf e badanti*, Milano, Feltrinelli, 2002.

Erel U., *Reconceptualizing Motherhood: Experiences of Migrant Women from Turkey living in Germany*, in Bryceson D., Vuorela U., *The transnational family: new European frontiers and global networks*, Oxford, Berg, 2002, pp. 127-147.

Fantauzzi A., *Il rapporto medico-paziente immigrato. (In)comprensione e pratiche di mediazione linguistica e culturale*, in *Tendenze nuove* - 1/2010, pp. 29 – 42.

Falteri P., Giacalone F., *Percorsi di maternità e soggettività femminile*, in «Voci» X, *Miscellanea* 2013, pp. 225 – 229.

Falteri P., *La donna in attesa e il mistero svelato del feto*, in «Voci», X, *Miscellanea* 2013, pp. 230 – 254.

Farmer P., *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press, 2003.

Fassin D. (a cura di), *Santé. Le traitement de la différence*, numero speciale di «Hommes & Migrations», 2000, 1225.

Fassin D. *Culturalism as ideology*, in C.M. Obermeyer (a cura di), *Cultural perspectives on reproductive health*, Oxford, Oxford University Press, 2001, pp. 300-317.

Fassin D., *Le gouvernement des corps*, Paris, Hautes etudes en Sciences Sociales, 2004.

Fassin D., *Cinque tesi per un'antropologia medica*, in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica» n. 37, 2014, pp. 33 – 49.

Favaro G., *Diventare madri in emigrazione*, Atti del convegno “Cittadine dal mondo. Le donne migranti tra identità e mutamento”, Ancona, 1993.

Femiano M., Pelliccia R., *Il percorso di integrazione: le esperienze della Campania, della Toscana e del Veneto* in I quaderni del Master Socio sanitario dell'Università Federico II di Napoli, in corso di pubblicazione.

Fideli R., *La Comparazione*, Milano, Franco Angeli, 1998.

Fondazione Leone Moressa, *Il valore dell'immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2015.

Foucault M., *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Torino, Einaudi, 1969.

Foucault M., *Storia della Sessualità Volume 1. La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli, 2013.

Frejka T., *Overview*, Frejka T. *International Migration in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, New York – Geneva, United Nations, 1996, pp. 1 – 16.

Geraci S., *La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni?* in Affronti M, Baglio G., Geraci S., Marceca M., Russo M.L. (a cura di), *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere - Atti del XIII Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*, Bologna, Pendragon, 2014.

Geraci S., *Le Politiche e le norme*, Atti del corso base di “Medicina delle Migrazioni”, 4- 6 febbraio Roma, 2015.

Geraci S., Bonciani M., Martinelli B (a cura di), *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, Caritas, 2010.

Geraci S., Gnolfo F., *In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*, Bologna, Pendragon, 2012.

Geraci S., Maisano B., Mazzetti M., *Migrazione e Salute. Un lessico per capire*, Roma, Centro Studi Emigrazione, 2005.

Giacalone F., *I saperi del corpo tra islam e servizi. La vita quotidiana delle madri maghrebine* in Favaro G., Mantovani S., Musatti T., *Nello stesso nido. Famiglie e bambini stranieri nei servizi educativi*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 202 – 242

Giacalone F., *Il parto naturale fra medicalizzazione e nuove soggettività*, in «Voci», X, Miscellanea, 2013, pp. 255 – 284.

Giacalone F., *Costruire il corpo del figlio. Madri arabe immigrate e figli maschi* in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», n. 38 Perugia, Ed Argo, aprile 2014, pp. 335 – 356.

Giannoni M., *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione. La performance dei servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli 2010.

Giddens, A., *Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction* in Glick Schiller, N., Basch I., Blanc – Szanton C., *Toward a transnationalization of migration: race, class, ethnicity and nationalism reconsidered*, in The Annals of the New York Academy Sciences, pp. 1- 24.

Glick Schiller, N.. *Transnational social fields and imperialism: bringing theory of power* in “Anthropological Theory”, n. 5, 2005, pp. 439-461.

Godlee F., *What is health?* in “British Medical Journal”, n. 343, 2011: d4163.

Good B., Del Vecchio, Good M.J., *The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, in Eisenberg L., Kleinman A., (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel Publishing Company, 1981, pp. 165-196.

Good B., *Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran* in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica I testi fondamentali*, Raffello Cortina, Milano, 2006.

Good B., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*, 1994, Torino, Trad. It. Ed Comunità, 1999.

Grandolfo M., *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività* in Lauria L, Lamberti A., Buoncristiano M., Bonciani M., Andreozzi S., (a cura di) *Rapporto Istisan, 12/39, Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Facciotti, 2012, pp. 1 – 24.

Grandolfo M., *Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)* Reparto salute della donna e dell'età evolutiva, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Iss – 2017 d. di Comunità, 1994

Greco M., *Complessità e problematicità di una immigrazione silente: i Filippini a Napoli*, in *Adolescenti e donne nell'immigrazione: problematiche e conflitti*, Torino, L'Harmattan Italia, 2004, pp. 58-100.

Greco M., *Dinamiche di genere e problematiche connesse all'apprendimento della lingua italiana fra immigrate filippine a Napoli*” in Maturi P. e Corbisiero

F. (a cura di), *Le parole della parità*, Collana “Confini aperti”, ESA - Edizioni Scientifiche e Artistiche, in corso di pubblicazione.

Grieco E., Boyd M., *Women and migration: incorporating gender into international migration theory*, Florida, Florida State University, 1998.

Grieco M., *Keeping in the family. Social networks and employment chance*, London, Tavistock, 1987.

Harris N., *I nuovi intoccabili*, Milano, Il Saggiatore, 1999.

Hochschild A. R., *Global Care Chains and Emotional Surplus Value*, in Hutton e Giddens, *On the edge: Living with global capitalism*, London, Jonathan Cape, 2000, pp. 130-146.

Hondagneu – Sotelo P. e Avila E., *I'm Here, but I'm There: The Meanings of Latina Transnational Motherhood*, in “«Gender and Society», 1997, vol. 11, n. 5, pp. 548-571.

Hondagneu – Sotelo P., *Doméstica: Immigrant Workers Cleaning and Caring in the Shadows of Affluence*, California, University of California Press, 2001.

Hsu E., *Medical pluralism*, in Heggenhougen K., Quah S., *International Encyclopedia of Public Health 4*, London, Elsevier Science & Technology Books, 2008, pp. 316- 321.

Huber M. et ali. *How should we define health?* in «British Medical Journal», n. 343, 2011, pp. 41 - 63

IDOS Centro Studi e Ricerche (a cura di), *Rapporto UNAR. Dossier Statistico Immigrazione. Dalle discriminazioni ai diritti*, Roma, Centro Studi e Ricerche IDOS, 2014.

IDOS Centro Studi e Ricerche (a cura di), *Dossier Statistico Immigrazione 2015*, Roma, Centro Studi e Ricerche IDOS, 2015.

IDOS Centro Studi e Ricerche (a cura di), *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, Roma, Centro Studi e Ricerche IDOS, 2016.

Iengo E.S., Lannutti V., Rapposelli C. (a cura di), *Migrazioni femminili, politiche sociali e buone pratiche*, Milano, Franco Angeli, 2014.

Istat, *Indicatori demografici una stima per il 2015*, Roma, Istat 2016.

Janzen J.M., *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*, McGraw-Hill, Boston, 1992.

Kane A., *Flows of Medicine, Hearles, Health Professionals, and Patients Between Home and Host Countries* in H. Dilger et ali., *Medicine, Mobility and Power in Global Africa. Transnationals Health and Healing*, Indiana University Press, 2012.

Katon W., Kleinman A., *Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care*, in Eisenberg L., Kleinman A. (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel Publishing Company, 1981, pp. 253-279.

Keough L., *Globalising Postsocialism: Mobile Mothers and Neoliberalism on the Margins of Europe*, in "Anthropological Quarterly", Vol. 79 n. 3, 2006, pp. 431-461.

Kleinman A., *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, 1978, Trad.it., in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 5 – 29.

Kleinman A., *Patients and healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980.

Kleinman, A *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, Berkeley, University of California Press, 1995

Kofman E., Phzacklea A., Raghuram P., Sales R., *Gender and International Migration in Europe. Employment, welfare and politics*, London, Routledge, 2000.

Krause K., *Transnational Therapy Networks among Ghanaians in London*, in Journal of Ethnic and Migration Studies, Vol. 34, 2008, pp. 235 – 251.

Landolfi R., *Il Servizio Sanitario Nazionale: principi e organizzazione* in Ranisio (cura di) *Salute, formazione, territorio*, Napoli A Est dell'Equatore, 2014, pp. 55 – 66.

Landolt P., *Salvadoran Economic Transnationalism: Embedded Strategies for Household Maintenance, Immigrant Incorporation and Entrepreneurial Expansion*, in Global Networks: a Journal of Transnational Affairs, vol. 1, n. 3, 2001, pp. 217-241.

Lannutti V., Rapposelli C., *Migrazioni femminili, politiche sociali e buone pratiche*, Milano, Franco Angeli, 2014.

Lanternari V., *L'incivilimento dei barbari. Identità migrazioni e neo – razzismo*, Bari, Dedalo, 1983.

Lelli S., Sacchetti F., Trini S. (a cura di), *Conflitti identitari e pratiche delle istituzioni*, Milano, Franco Angeli, 2014.

Le Nove – studi e ricerche (a cura di), *Donne protagoniste a Napoli. Un contributo alla ricostruzione del movimento delle donne dagli anni Settanta ad oggi*, rev. 2/2013.

Levitt P., Glick Schiller N., *Conceptualizing simultaneity: a transnational social field perspective on society* in «International Migration Review», 38 (145), 2004, pp. 595-629.

Linton C. Freeman, *Lo sviluppo dell'analisi delle reti sociali. Uno studio di sociologia della scienza*, Milano, Franco Angeli, 2007.

Lombardi L., *Salute genere e riproduzione sociale* in Cipolla C. (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Franco Angeli, Milano 2014, pp. 149 – 156.

Lombardi L., *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute* Milano, Franco Angeli, 2005.

Luatti L., *Mediatori atleti dell'incontro. Luoghi modi e nodi della mediazione culturale*, Milano, Vannini, 2011.

Luatti L., Torre A., (a cura di) *Sulla mediazione interculturale. Mondi Migranti. Rivista di studi e ricerche sulle migrazioni internazionali*, Milano Franco Angeli, 1 /2012.

Lupo A., *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente terapeuta fra dialogo e azione* in «AM Rivista della Società italiana di antropologia medica», 7-8, ottobre 1999, pp. 53-92

Luzi, Pasqualino, Pugliese, Schwarz, Suligoi, *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della salute, 2015.

Macioti M.I., Gioia V., Scannavini K. (a cura di), *Migrazioni al femminile. Protagoniste di inediti percorsi*, Macerata, Ed. Università di Macerata, 2007.

Macioti, M.I. Pugliese E., *L'esperienza migratoria. Immigrati e rifugiati in Italia*, Bari, Laterza, 2010.

Maher V., *Come tradurre il concetto di Piedad? Dal Galateo all' eugenetica*, in Miranda (a cura di) *Antropologia del Mediterraneo*, Milano, Angelo Guerini, 2008, pp. 121 – 134.

Maher V., *Questioni di etnicità*, Torino, Rosenberg e Sellier, 1994.

Mahler S., *Transnational Relationships: The Struggle to Communicate across Borders*, in *Identities*, Vol. 74 n. 4, 2001, pp. 583-619.

Malinowska O., *International Migration in Contemporary Ukraine, Trends and Policy*, Geneva, Global Commission on International Migration, 2004.

Mangone E., Masullo G., *Tra integrazione e particolarismi: gli immigrati e il ricorso ai servizi sanitari* in Ammaturo N., de Filippo E., Strozza S. (a cura di) *La vita degli immigrati a Napoli e nei paesi vesuviani*, Milano, Franco Angeli, 2010.

Manjivar C., *Family Reorganization in a Context of Legal Uncertainty: Guatemalan and Salvadoran Immigrants in the United States*, in «International Journal of Sociology of the Family», vol. 32, n. 2, 2006, pp. 223-245.

Marchetti M., Polcri C., *Gravidanza, parto e puerperio in un contesto d'immigrazione: un approccio antropologico per la calibrazione culturale dei servizi socio – sanitari*, in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 35/36, 2013, pp. 247 – 278.

Marmot, M., *Social determinants of Health Inequalities* in “The Lancet”, 365, 19, 2005, pp. 1099-1104.

Marradi A., *Metodologia delle Scienze Sociali*, Bologna, Il Mulino, 2007

Massey D. Jess P. (a cura di), *Luoghi, culture e globalizzazione*, Torino, Utet, 2001.

Massey D., *Worlds in motion. Understanding international migration at the end of the millennium*, Oxford, Clarendon Press, 1998.

Massey D., *Economics development and international migration in comparative perspective*, in «Population and Development Review», n. 4 1988, pp. 384 – 413.

Masullo G., *Attraverso gli occhi dei medici. La salute dello straniero tra rappresentazioni e competenze professionali*, Milano, Franco Angeli, 2010.

Mauriello R., *La mediazione linguistico culturale* in Morniroli A. (a cura di), *Me.li.cu Metodologie e strumenti di mediazione linguistico culturale*, Napoli, Gesco ed., 2009.

Mayer P., *Townsmen or Tribesmen in a South African City*, Oxford University Press, 1961.

Mazzacurati C., *Dal “blat” alla vendita del lavoro. Come sono cambiate colf e badanti ucraine e moldave a Padova*, in Caponio T., Colombo A. (a cura di) *Migrazioni globali e integrazioni locali*, Bologna, Il Mulino, 2005, pp. 145 – 174.

Mazzetti M., *I livelli di incomprensione medico paziente straniero*, in Pasini N., Picozzi M., (a cura di) *Salute e immigrazione. Un modello teorico pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2005, pp. 77 – 97.

Mazzetti M., *Il dialogo transculturale*, Roma, Carocci, 2005.

Mei M., Bontempelli S., *Gli interventi finanziari degli enti locali per l'immigrazione*, in Bontempelli S., Campioni G., Ciani I., Frugoni C., Mei M. (a cura di), *Immigrazione a Pisa. Enti pubblici e politiche di accoglienza*, Africa Insieme, Pisa, Edizione E.T.S., Quaderno 2003, pp. 35 – 42.

Minelli M., *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Perugia, Morlacchi, 2007.

Miranda A., *Migrare al femminile. Appartenenza di genere e situazioni migratorie in movimento*, Milano, McGraw Hill, 2008.

Miranda M., Signorelli A. (a cura di), *Pensare e ripensare le migrazioni*. Sellerio, Palermo, 2011.

Mori L., *Introduzione Medicina di genere e medicina femminista*, in Cipolla C. (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Franco Angeli, Milano 2014, pp. 17 – 25.

Morniroli A. (a cura di), *Me.li.cu Metodologie e strumenti di mediazione linguistico culturale*, Napoli, Gesco ed., 2009.

Morokvasic M., *Birds of Passage are Also Women...* in «International Migration Review», 18(4), 1984, pp. 886 – 907

Morokvasic M. Transnational Mobility and Gender: a view from Postwall Europe in Morokvasic M. et al., *Crossing borders and shifting boundaries gender on the move*, Opladen, 2003, pp. 10 – 32.

Morokvasic M., *Donne, migrazioni, empowerment* in Signorelli A., Miranda A. (a cura di) *Pensare e ripensare le migrazioni*, Palermo Sellerio, 2011.

Murphy E. J., Mahalingam R., *Transnational Ties and Mental Health of Caribbean Immigrants* in «Journal of Immigrant Health», Vol. 6, No. 4, October 2004, pp. 167 – 178.

Neri S., Italia. *La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario* in «La Rivista delle Politiche Sociali» n. 3/ 2008, pp. 97-114.

Nieswand B., *Thorising transnational migration. The status paradox of migration*, New York, Routledge, 2011.

Nuti S., Barsanti S., (a cura di) *Il sistema di valutazione delle performance della Società della Salute/ zone distretto della sanità toscana – Report 2010*, Milano, ETS 2011.

Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (a cura di), *Immigrazione e salute. percorsi di integrazione sociale*, Bologna, Il Mulino, 2012.

Okolski M. *Regional dimensions of International migration in Central and Eastern Europe*, in “Genus” 44, 1 – 2, 1998, pp. 11 – 36.

Orellana M. F., et al., (2001), *Transnational Childhoods: The Participation of Children in Process of Family Migration*, in Social Problems, Vol. 48, n. 4, pp. 572-591.

Oriente Caputo G. (a cura di), *Gli immigrati in Campania. Evoluzione della presenza, inserimento lavorativo e processi di stabilizzazione*, Milano, Franco Angeli, 2007.

Orientale Caputo G., *Discussione. Emigrazione e immigrazione: metodi di analisi quantitativi e qualitativi* in Miranda M., Signorelli A. (a cura di), *Pensare e ripensare le migrazioni*, Palermo, Sellerio, 2011.

Ormond M., “*Harnessing diasporic’ Medical Mobilities*” in Thomas F., Gideon J., *Migration, Health and Inequality*, London, Zed Books, 2014, pp. 150-163.

Osservatorio Sociale provinciale immigrazione - Centro Nord Sud *La popolazione straniera a Pisa. Individui e famiglie, provenienza e distribuzione sul territorio, problemi e possibilità dell’integrazione*, Provincia di Pisa, 2005.

Padovan D., Alietti A. *Disuguaglianze nelle minoranze etniche: una ricerca in due presidi ospedalieri della provincia torinese*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008, pp. 135 – 162.

Paletti F., *Gli immigrati residenti in Toscana e nei territori delle aziende sanitarie locali della Regione* in Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (a cura di), *Immigrazione e salute. percorsi di integrazione sociale*, Bologna, Il Mulino, 2012, pp. 23 – 34.

Papa R., *La ragazza con il piercing a naso. Racconti di donne a sud della salute*, Roma, Albatros, 2012.

Parente M., *Donne in movimento: la condizione lavorativa delle donne migranti in Italia* in «Osservatorio Isfol», II, n. 3, 2012, pp. 139-150.

Parrenas R. S., *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*, Stanford, Stanford University Press, 2001.

Pasini N., Picozzi M., *Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*, Milano, Franco Angeli, 2005.

Piccone Stella S., Saraceno C., *Il genere e la costruzione sociale del maschile e del femminile*, Bologna, Il Mulino, 1996.

Piperno F., Tognetti Bordogna M., (a cura di), *Il Welfare transnazionale*, Roma, Ediesse, 2013.

Piselli F. (a cura di), *Reti. L’analisi di network nelle scienze sociali*, Roma, Doninzelli, 1995.

Pitzalis G., *Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS*, in Geraci S. Gnolfo F. (a cura di) *In rete per la salute degli immigrati*, Bologna, Pendagrone, 2012.

Pizza G., Ravenda A. (a cura di) *Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico politica delle migrazioni in Italia*, in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», Perugia, Argo n. 33 – 34 anno 2012.

Pizzini F., *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Milano, Franco Angeli, 1999.

Ponzo I. *Reti che sostengono e legami che restringono. Il caso dei romeni a Torino* in Caponio T., Colombo A. (a cura di) *Migrazioni globali e integrazioni locali*, Bologna, Il Mulino, 2005, pp. 205 - 234.

Portes A. (Ida Cortoni a cura di), *Il capitale sociale*, Lecce, Kurumuny, 2013.

Portes A., DeWind J. *Rethinking migration. New theoretical and Empirical perspectives*, New York, Berghan Books, 2007.

Portes A., Guarnizo L., Landolt P., *The study of transnationalism* in "Ethnic and racial studies", Vol. 22 n. 2, 1999, pp. 217 – 237.

Portes A., *The economics sociology of immigration*, New York, Russel Sage Foundation, 1995.

Pribilsky J., *Sending Energias from the Andes: the Social Efficacy of travelling Medicines*, in «Anthropology News», n. 49, 2008, pp. 13-14.

Pribilsky J., *Aprendemos a convivir: Conjugal Relations, Co-parenting and Family Life among Ecuadorian Transnational Migrants in New York City and the Ecuadorian Andes*, in «Global Networks: a Journal of Transnational Affairs», Vol. 4, n. 3, 2004, pp. 313-334.

Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Milano, Raffaello Cortina, 2006.

Quaranta I., *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, in «Antropologia e teatro», 3/2012, pp. 264 – 290.

Raffaetà R., *Famiglie immigrate e accesso ai servizi sanitari di pediatria nella Provincia di Trento: una ricerca antropologica*, in Ambrosini M., Boccagni P., Piovesan S., *L'immigrazione in Trentino - Rapporto annuale 2012*, Trento, Pubblicazioni della Provincia Autonoma di Trento 2013a, pp. 145-162.

Raffaetà R., *Allergy narratives in Italy: 'naturalness' in the social construction of medical pluralism* in «Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness», 32(2), 2013b, pp.126-144.

Ranci Ortigosa, Ghetti V., *A dodici anni dalla 328/2000: eredità, dispersioni e temi aperti* in «La Rivista delle Politiche Sociali», Roma, n. 4 / 2012.

Ranisio G., *Venire al mondo. Credenze, pratiche e rituali del parto*, Milano, Gli Argonauti, 1996.

Ranisio G. (a cura di), *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*, Napoli, Dante e Dacartes, 2012.

Ranisio G. (a cura di), *Salute, Formazione, Territorio assetti istituzionali, organizzativi e gestionali del management socio-sanitario*, Napoli, A Est dell'Equatore, 2014.

Ranisio G., *Genere, salute e medicalizzazione del parto*, in Cipolla C. (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Franco Angeli, Milano 2014, pp. 172 – 185.

Ranisio G., *Il percorso nascita: dalle medicine popolari a “le culture del parto” (1985)* in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», n. 38 Perugia, Ed Argo, aprile 2014, pp. 247 – 264.

Ranisio G., *Antropologia del corpo e della riproduzione in due significativi contributi* in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», n. 38 Perugia, Ed Argo, aprile 2014, pp. 663 – 667.

Rossi P. (a cura di) *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2016.

Rossi P., *La discrezionalità organizzativa nella facilitazione dell'accesso degli immigrati ai servizi sanitari*, in Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2016, pp. 115 – 145.

Rummery K., Glendinning C., *Negotiating needs, access and gatekeeping: developments in health and community care policies in the UK and the rights of disabled and older citizens*, i Critical Policy 19(3), 1999, pp. 335 – 351.

Rummery K., Glendinning C., *Access to Services as a civil and social rights issue: the role of welfare professionals in regulating access older people under new labour*, in «Social Policy & Administration», vol, 34, 2000, pp. 529- 550.

Salvini A. (a cura di), *Analisi delle reti. Teorie, metodi, applicazioni*, Milano, Franco Angeli, 2007.

Salvini A., *Connettere. L'analisi di rete nel servizio sociale*, Pisa, Edizioni ETS, 2012.

Salvini A., *L'analisi delle reti sociali. Risorse e meccanismi*, Pisa, Pisa University Press, 2005.

SASCI (a cura di) *Report SASCI Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati*, Asl Regione Campania Napoli 1, Dipartimento delle Fragilità Napoli, 2015.

Sassen S., *Migranti, coloni, rifugiati. Dall'emigrazione di massa alla fortezza Europa*, Milano, Feltrinelli, 1999.

Sayad A., *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina, 2002.

Scevi P., *Diritto delle migrazioni. Profili penali, civili ed amministrativi*, Piacenza, ed La Tribuna, 2010.

Scheper Hughes N., Lock M., *The mindful Body*, in «Medical Anthropology», Vol. 1 n. 1, 1987, pp. 6 - 41.

Schirripa P., *Uguaglianza di diritti e cittadinanza plurale* in «l'Arco di Giano» n.31/2002, pp. 87 - 105.

Schirripa P., *Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza*, in «A.M. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 37 aprile 2014, pp. 59 – 8

Schirripa P. *La vita sociale dei farmaci*, Lecce, Argo, 2015.

Scott J., *L'analisi delle reti sociali* (Edizione italiana a cura di Amaturro), Roma, La nuova Italia Scientifica, 1997.

Scrinzi F., *Interni domestici. Lavorare “fissa” come colf e assistente familiare*, in «Conflitti Globali», n., 4, 2007, pp. 168 – 178.

Seid M. D. et al., *Crossing the Border for Health Care: Access and Primary Care Characteristics for Young Children of Latino Farm Workers along the US-Mexico Border*, in *Ambulatory Pediatrics*, n. 3, 2003, pp. 121-130.

Sen A., *Uguale e diversi davanti alla salute* in Keiron n. 1, 1999

Seppilli T., *Immigrants in Europe and health service strategies: an introductory outline*, in Vulpiani P., Comelles J. M., Van Dongen E. (a cura di), *Health for all, all in health. European experiences on health care for migrants*, Perugia, Cidis/Alisei, 2000, pp. 31-43.

Seppilli T., *Le nuove immigrazioni e i problemi di strategia dei servizi sanitari europei: un quadro introduttivo* in «Società della Salute», 3(2), 2004, pp. 35-48.

Seppilli T., *Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 37, aprile 2014, pp. 17 – 31.

Seppilli T., *La pluralità dei sistemi medici ed eterogeneità dei modelli culturali di salute e malattia. La domanda/offerta relativa all'utenza immigrata*, SASCI (a cura di) *Report SASCI Servizio Attività Sociosanitarie Cittadini Immigrati*, Asl Regione Campania Napoli 1, Dipartimento delle Fragilità Napoli, 2015, pp. 233-241.

Sgritta, 2009 G. B., *Badanti e anziani in un welfare senza futuro*, Roma, ed. Lavoro, 2009.

Signani F., *Valutare l'impatto di genere nelle politiche per la ricerca clinica e la medicina*, in Cipolla C. (a cura di), *Sociologia e salute di genere*, Milano, Franco Angeli, 2014, pp. 26 – 43.

Spanò, A., Zaccaria A.M., *Il mercato delle collaborazioni domestiche a Napoli: il caso delle ucraine e delle polacche* in La Rosa M., Zanfrini L. *Percorsi migratori tra reti etniche, istituzioni e mercato del lavoro*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 193 – 224.

Taft R., *The role and Personality of Mediator* in Bochner S., *The Mediating Person*, Cambridge, Schenkman, 1981.

Thomas F., *Transnational health and treatment networks: Meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London* in «Health & Place», 16, 2010, pp. 606–612.

Tilly, C. *Transplanted networks*, in Yans-McLaughlin, V., *Immigration reconsidered: history, sociology and politics*, New York, Oxford University Press, 1990, pp. 79-95.

Tishkov V., Zayinchkovskaya Z., Vitkovskaya G., *Migration in the countries of the former Soviet Union*, Geneva, Global Commission in international migration 2005.

Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Tognetti Bordogna M., *I colori del welfare*, Milano, Franco Angeli, 2004.

Tognetti Bordogna M., *Donne e percorsi migratori. Per una sociologia delle migrazioni*, Milano, Franco Angeli, 2012.

Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2016.

Torre A. R., *Migrazioni femminili verso l'Italia: tre collettività a confronto*, Working Papers Centro Studi Politica Internazionale, Roma, CESPI, 41/2008.

Triassi M., Pugliese A., Castronuovo E., Esposito D., Passaro M. (a cura di), *Rapporto sulla natalità in Campania 2013*, Napoli, Sistema di Sorveglianza di sanità in Campania, 2015.

Tyner J., *The global context of gendered labour migration from the Philippines to the United States*, in «American Behavioral Scientist», Vol. 42, n. 4, pp. 671 – 689.

Vanthuyne K., Meloni F., Riuz-Casares M., Rousseau C., Ricard Guay A., *Health workers perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: health as a right or privilege?* in «Social Science and Medicine», 93/ 2013, pp. 78 – 85.

Venneri E., *Diritto alla salute e identità culturale degli immigrati tra controllo e servizio: quali implicazioni per gli operatori?*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, Franco Angeli, 2008.

Vianello A., *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Milano, Franco Angeli, 2009.

Victor P., *Les Theories de la migration France*, JOUVE, Mayenne, 2013.

Wallace S.P., Mendez – Luck C., Castaneda X., *Healing south: why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico*, in «Medical Care», 47, 2009, pp. 662 – 669.

Wallerstein I., *La scienza sociale come sbarazzarsene*, Milano, Il Saggiatore, 1991.

Werner P., *The Migration Process. Capital, gifts and offerings among british Pakistains*, Oxford, Berg Books, 1990.

Whittaker A., Manderson L., Cartwright E., *Patients without Borders: Understanding Medical Travel*, in «Medical Anthropology Cross-Cultural Studies in Health and Illness», Volume 29, 2010, pp. 336-343.

Young A., 1982 *Antropologie della illness e della sickness*, Trad. it. in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 107 – 147.

Zanfrini L., Asis Maruja M.B., (a cura di), *Orgoglio e pregiudizio. Una ricerca tra Filippine e Italia sulla transizione all'età attiva dei figli di emigrati e dei figli di immigrati*, Milano, Franco Angeli, 2006.

Zanini G., Raffaetà R., Krause K., Alex G., *Transnational medical spaces: Opportunities and restrictions* in «Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity», Gottingen, 2013.

Zhou M., *Segmented Assimilation: Issues, Controversies and Recent Research on the New Second Generation*, in «International Migration Review», Vol. 31, n. 4, 1997, pp. 975-1008.

Zincone G. (a cura di), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2000.

SITOGRAFIA

Ambrosini M., *Delle reti e oltre: processi migratori, legami sociali e istituzioni*, Working papers Dipartimento di Studi Sociali e Politici, Università degli studi di Milano, 2006.

http://www.dssp.unimi.it/papers/2006-01-18_Maurizio%20Ambrosini.pdf

Consultato il 13/04/2016

Appadurai, A., *Disjuncture and difference in the global cultural economy*, in "Theory Culture Society", London, SAGE, Vol. 7, 1990, pp. 297 – 310.
http://www.arjunappadurai.org/articles/Appadurai_Disjuncture_and_Difference_in_the_Global_Cultural_Economy.pdf

Consultato il 22/08/2017

Grandolfo M., *I consultori familiari. evoluzione storica e prospettive di riqualificazione* Istituto Superiore di sanità, 1995 -
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/consultori/consultori2.pdf>

Consultato il 18/02/2017

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *La comunità ucraina in Italia. Rapporto annuale sulla presenza degli immigrati* 2014.
<http://briguglio.asgi.it/immigrazione-e-asilo/2015/gennaio/rapp-lavoro-com-ucraina.pdf>

Consultato il 06/07/2017

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *La comunità ucraina in Italia*, Report 2016

http://www.integrazionemigranti.gov.it/Areetematiche/PaesiComunitari-e-associazioniMigranti/Documents/RAPPORTI_COMUNITA_2016/ES_UCRAIN_A_DEF.pdf

Consultato il 12/07/2017

Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza*, Roma, Ministero della Salute 2015.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2552_allegato.pdf

Consultato il 05/06/2016

Osservatorio Sociale Regionale (a cura di), *Le voci dell'immigrazione in Toscana*, Regione Toscana, 2010

<http://www.regione.toscana.it/documents/guest/Documenti/Cittadini/Welfare/Immigrazione/Le%20voci%20dell%27immigrazione>

Consultato il 19/08/2017

Pirozhkov S., Malinovskaya E., e Homra A., *Foreign Labour Migration in Ukraine, Socioeconomic Aspect*, Iom Working paper 2003, (www.iom.org.ua).

Consultato il 15/08/2017

Report “Natalità e fecondità della popolazione residente, Istat, 2015, sito ISTAT
www.istat.it/it/archivio/174864
Consultato il 13/06/2016

<https://www.simmweb.it/>
Consultato 13/03/2017

<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/439475>
Consultato il 15/ 07/2017

<http://www.assemblea.emr.it/biblioteca/servizi-documentazione/bibliografie-tematiche/genere/politiche-di-genere/immigrazione>
Consultato il 15/ 07/2017

<http://www.inventati.org/cortocircuito/2015/02/19/dragamama-i-drammi-delle-lavoratrici-immigrate-dellest/>
Consultato il 15/ 07/2017

http://www.integrazionemigranti.gov.it/Aree tematiche/Paesi Comunitari e associazioni Migranti/Documents/RAPPORTI_COMUNITA_2016/RC_UCRAINA
Consultato il 16/ 07/2017

[http://padis.uniroma1.it/bitstream/10805/2604/1/conti_dott%20\(4\).pdf](http://padis.uniroma1.it/bitstream/10805/2604/1/conti_dott%20(4).pdf)
Consultato il 16/ 07/2017

<http://www.cespi.it/WP/WP41-TORRE.pdf>
Consultato il 18/ 07/2017

<https://www.istat.it/it/files/2015/12/come-cambia-la-vita-delle-donne.pdf>
Consultato il 18/ 07/2017

<http://demo.istat.it/>
Consultato il 13/08/2017

www.istat.it/
Consultato il 13/08/2017

<https://www.aslnapoli1centro.it/621>
Consultato il 18/ 08/2017

<http://www.gendermedjournal.it/>
Consultato il 28/ 08/2017



Università degli Studi di Napoli Federico II

Dipartimento di Scienze Sociali

DOTTORATO IN SCIENZE SOCIALI E STATISTICHE

XXIX CICLO

APPENDICE

***“Donne straniere, salute e maternità
fra reti, possibilità e barriere.***

Due casi studio a confronto nelle città di Napoli e Pisa”.

Tutor

Ch.ma Prof.ssa Gianfranca Ranisio

Ch.ma Prof.ssa Elena de Filippo

Ch.mo Prof. Giuseppe Giordano

Dottoranda

Milena Greco

INDICE

Strumenti di indagine

Griglia di intervista per responsabili di progetti e servizi	pg.	1
Griglia di intervista per mediatrici interculturali	pg.	5
Griglia di intervista per medici ed operatori sanitari	pg.	11
Griglia di intervista per le immigrate	pg.	17

Appendice Statistica: Tabelle e Grafici	pg.	25
---	-----	----

Elenco delle interviste	pg.	91
Interviste a informatori privilegiati a Pisa	pg.	93
Interviste a medici ed operatori sanitari AUSL Toscana Nord Ovest ambito Pisa	pg.	95
Interviste a informatori privilegiati a Napoli	pg.	97
Interviste a medici ed operatori sanitari Asl Napoli 1	pg.	99
Interviste a informatori privilegiati a livello nazionale	pg.	100

Interviste	pg.	101
------------	-----	-----

STRUMENTI DI INDAGINE

GRIGLIA DI INTERVISTE
PER RESPONSABILI DI PROGETTI E SERVIZI

IL SERVIZIO E L'UTENZA

Servizio/ i di riferimento

Luogo _____

Ambito di intervento (sociale o sanitario) _____

Tipologia di attività svolte con donne straniere:

Giorni ed orari delle attività che coinvolgono le donne straniere

1. Da quanto tempo ricopre il ruolo di responsabile dell' _____ ?
2. Ha potuto notare dei cambiamenti nel tempo del servizio in tale arco temporale?
3. In particolare ha notato dei cambiamenti nel tempo in riferimento all'attività che svolge per le donne straniere?
3.1 Se sì: quali?
4. Quali sono in prevalenza le nazionalità di provenienza delle donne straniere che si rivolgono al servizio?
5. Quali sono le motivazioni principali per le quali le donne straniere si rivolgono al vostro servizio?
6. Quali le principali problematiche, le problematiche che si riscontrano più di frequente (problemi linguistici, problemi legati a differenze culturali, difficoltà a comprendere l'organizzazione di servizi del sistema sanitario/ ad orientarsi fra i servizi, conoscenza della normativa italiana in merito all' immigrazione, o per l'accesso alla salute, rapporto medico/ paziente)?

6. 1 Ha avuto la possibilità di riscontrare altre problematiche?

6. 2 Vi sono differenze in riferimento alle problematiche riscontrate fra le varie nazionalità che si rivolgono al servizio?

7. A quanto le risulta le donne straniere che si rivolgono al vostro servizio come vengono a conoscenza di esso, come raggiungono il servizio che offrite? Ovvero quali sono i canali informativi che secondo lei consentono alle donne di rivolgersi al vostro servizio?

7. 1 Quali le carenze in tal senso secondo lei?

7. 2 Se l'utenza è rappresentata da donne di diversa provenienza: vi sono maggiori difficoltà per donne di una certa provenienza in merito alla possibilità di raggiungere il servizio? In tal caso quali?

8 Secondo lei vi sono differenze in termini di problematiche legate alle provenienza?

RETE DI COLLABORAZIONE SUL TERRITORIO

9. Nella sua attività quotidiana quali sono gli enti con cui collabora più frequentemente (potrebbe indicarli)?

10 In merito alle caratteristiche di tali enti:

- 10. 1 in quale ambito sono impegnati (sociale, sanitario) ?
- 10. 2 quali sono i servizi che offrono in particolare alle donne straniere?

11. I rapporti con tali enti di quale natura sono: sono formali (ad esempio sono formalizzati attraverso protocolli di intesa nell'ambito di progettualità definite) o sono per lo più informali? *[Indicare per ogni ente la tipologia di rapporto]*

12. Da quanto tempo collaborate essi?

13. Oltre a quelli indicati vi sono altri enti con cui collaborate più saltuariamente? Quali?

14. Secondo lei sul territorio esiste una rete che consente accompagnare e seguire le donne straniere con situazioni particolarmente problematiche fra i vari servizi sul territorio o vi sono delle carenze in tal senso?

14. 1 Se l'intervistato rileva della carenze: Secondo lei cosa si potrebbe fare per migliorare la situazione, per facilitare l'accesso e la fruizione da parte delle donne straniere ai servizi sanitari sul territorio?

15. Secondo lei sul territorio vi è una “integrazione” fra servizi socio – sanitari?

15.1 Nel caso di risposta negativa: Cosa si potrebbe fare secondo lei per migliorare la situazione?

FORMAZIONE

16. Sono state previste in passato attività formative rivolte al personale del servizio per facilitare l'attività lavorativa con le donne straniere/ Gli operatori del servizio sono stati mai coinvolti in attività formative specifiche per lavorare con donne straniere? (Se sì passare a 16. 1; Se no: passare a 16. 3)

16. 1 In tal caso: Quali?

16. 2 Quali operatori hanno coinvolto? (Passare alla domanda 19)

16. 3 In caso contrario: pensa che saranno realizzate o nel saranno realizzate delle altre?

MEDIAZIONE INTER - CULTURALE

17. E' prevista la presenza di mediatori/ mediatrici interculturali?

Si (passare alla domanda 17. 1)

No (passare alla domanda 20)

17. 1 E' prevista, in particolare un'attività di mediazione fissa o a chiamata?

17. 2 Se a chiamata: In quali circostanze si fa in genere ricorso alle attività di una mediatrice o di un mediatore culturale?

17.3 Se fissa: per quali nazionalità?

18 L'ente _____ ha convenzioni particolari per l'attività di mediazione?

18. 1 Con chi?

19 Vi è un limite nell'ambito della previsione di budget dell'ente per il ricorso a mediatori culturali?

TAGLI AL WELFARE

20 Ha riscontrato difficoltà correlate ai recenti tagli al welfare per l'attività del servizio di cui è responsabile?

21. Ha rilevato invece difficoltà in riferimento all'attività che svolgete con le donne straniere per i recenti tagli alla spesa sanitaria?

21. 1 Se sì: In tal caso quali?

PREGIUDIZI E DISCRIMINAZIONE

22 Ha mai rilevato pregiudizi, stereotipi da parte di medici, operatori nei confronti delle donne straniere?

22.1 In tal caso rispetto a qualche categoria in particolare?

23 Ha mai riscontrato episodi di discriminazione nei confronti delle donne che ha seguito in ambito sanitario?

23. 1 In tal caso quali?

24 Secondo lei i diritti delle donne straniere nel sistema attuale sono tutelati adeguatamente?

25 In caso contrario: cosa si potrebbe fare per garantire maggiore tutela e "integrazione" in tal senso?

GRIGLIA DI INTERVISTA
PER MEDIATRICI INTER - CULTURALI

Nazionalità: _____

IL SERVIZIO E L'ATTIVITA' SVOLTA:

Servizio: _____

Luogo: _____

Giorni ed orari: _____

1. Quali sono le attività svolte per le donne straniere nell'ambito di questo servizio?

2. Qual è in prevalenza la provenienza delle donne che afferiscono ad esso?

3. Quali sono invece le motivazioni principali per le quali le donne straniere si rivolgono a tale servizio?

3.1 Se lavora con donne di diversa nazionalità: vi sono differenze per le motivazioni fra donne di diversa nazionalità che si rivolgono al servizio?

4. In quali ambiti è richiesto più spesso il suo intervento: per problematiche linguistiche (mediazione linguistica), per problemi legati a differenze culturali (mediazione inter-culturale), per difficoltà a comprendere l'organizzazione dei servizi del sistema sanitari o ad orientarsi fra i servizi sul territorio, per carenze nella conoscenza della normativa italiana in merito all'immigrazione e ai diritti di salute o altro ancora?

4.1 Se lavora con donne di diversa nazionalità: nell'attività che svolge ha potuto notare differenze fra donne di diversa nazionalità in riferimento alle richieste di mediazione culturale o linguistica?

5. Quali sono i canali informativi che consentono alle donne di rivolgersi al servizio?

5. 1 Secondo lei tali canali informativi sono adeguati?

Se impegnata in più di un servizio indicare anche questi:

Servizio

n.

2:

Luogo: _____

Giorni ed orari: _____

1.a Quali sono le attività svolte per le donne straniere nell'ambito di questo servizio?

2.a Qual è in prevalenza la provenienza delle donne che afferiscono ad esso?

3.a Quali sono invece le motivazioni principali per le quali le donne straniere si rivolgono a tale servizio?

3.1a Se lavora con donne di diversa nazionalità: vi sono differenze per le motivazioni fra donne di diversa nazionalità che si rivolgono al servizio?

4.a In quali ambiti è richiesto più spesso il suo intervento: per problematiche linguistiche (mediazione linguistica), per problemi legati a differenze culturali (mediazione inter-culturale), per difficoltà a comprendere l'organizzazione dei servizi del sistema sanitari o ad orientarsi fra i servizi sul territorio, per carenze nella conoscenza della normativa italiana in merito all'immigrazione e ai diritti di salute o altro ancora?

4.1a Se lavora con donne di diversa nazionalità: nell'attività che svolge ha potuto notare differenze fra donne di diversa nazionalità in riferimento alle richieste di mediazione culturale o linguistica?

5.a Quali sono i canali informativi che consentono alle donne di rivolgersi al servizio?

5.1 a Secondo lei tali canali informativi sono adeguati?

6. Secondo lei più vi sono adeguati canali informativi che consentono alle donne straniere di orientarsi fra i servizi socio – sanitari sul territorio?

6.1 Quali le carenze in tal senso?

7. In linea di massima come valuta la possibilità e la capacità di orientarsi presso i presenti servizi socio – sanitari sul territorio?

7.1 Se lavora con donne di diversa provenienza: vi sono maggiori difficoltà per donne di una certa nazionalità?

- Sì (*passare alla domanda 7.2*)
- No (*Se no passare alla domanda 8*)

7.2 Se sì: In tal caso quali?

8 In linea di massima come valuta invece la conoscenza della normativa italiana da parte delle donne con cui lavora?

8.1 Se lavora con donne di diversa nazionalità: in riferimento alla conoscenza della normativa italiana ha potuto riscontrare se vi sono maggiori difficoltà per donne di una certa nazionalità?

- Sì (*passare alla domanda 8.2*)
- No (*Se no passare alla domanda 9*)

8.2 In tal caso quali?

9 In riferimento al rapporto fra donne straniere e medici, operatori sanitari, quali sono secondo lei le maggiori difficoltà?

9.1 Se lavora con donne di diversa nazionalità: vi sono differenze in relazione alla diversa provenienza delle donne secondo lei?

LA RETE DI COLLABORAZIONE

10. Nella sua attività quotidiana chi sono le persone con cui collabora più frequentemente?

11. Se collabora con operatori sanitari (medici, ostetriche, infermieri): Come valuta tale collaborazione (semplice o problematica)?

11.1 Se si riscontrano problemi: Quali le difficoltà di collaborazione in particolare?

12 Nella sua attività di mediazione con le donne straniere vi sono altri enti, organizzazioni con cui collabora?

12.1 Quali sono quelli con cui collabora più frequentemente (potrebbe indicarli)?

12.2 I rapporti con tali enti di quale natura sono: formale (ad esempio attraverso protocolli di intesa nell'ambito di progettualità definite) informale?

13. Vi sono enti del sociale e del sanitario con cui collabora anche più saltuariamente?

13.1 Se sì: potrebbe indicarli?

14. A suo parere sul territorio esiste una rete efficiente di enti, organizzazioni in grado di accompagnare e seguire le donne straniere con maggiori problematiche fra i vari servizi o vi sono delle carenze in tal senso?

15. Secondo lei cosa si potrebbe fare per facilitare l'accesso e la fruizione da parte delle donne straniere ai servizi socio - sanitari sul territorio?

16 Secondo lei vi sono donne che possono avere maggiori difficoltà a raggiungere o ad orientarsi fra i servizi?

- Sì (*passare a 16.1*)
- No (*passare a 17*)

16. 1 Tali difficoltà a cosa possono essere dovute (al poco tempo a disposizione, a situazioni di segregazione lavorativa, domestica, a difficoltà linguistiche)?

16.2 A quanto ha potuto riscontrare, tali difficoltà si differenziano anche in base alle nazionalità o alle provenienze delle donne?

17. A suo parere sul territorio vi è "integrazione" fra servizi socio – sanitari?

EPISODI DI DISCRIMINAZIONE E PREGIUDIZI

18. Ha mai riscontrato, nel corso della sua attività, pregiudizi, stereotipi da parte di medici, operatori sanitari nei confronti delle donne straniere?

- Sì (*passare a 18.1*)
- No (*passare a 19*)

18.1 Se sì: ricorda alcuni episodi in particolare in merito?

19 Ha mai riscontrato invece episodi di vera e propria discriminazione nei confronti delle donne che ha seguito in ambito sanitario?

19.1 In tal caso quali?

20 Quali sono le difficoltà che riscontra in prevalenza nello svolgimento della sua attività lavorativa?

21 Se lavora con donne di diversa nazionalità: in base alla sua esperienza ha potuto riscontrare maggiori difficoltà in relazione alla nazionalità, alla provenienza delle donne?

FORMAZIONE E ATTIVITA' DI MEDIAZIONE

22. Quale formazione ha ricevuto per svolgere l'attività di mediatrice culturale?

23. Ritiene che la formazione seguita si adeguata o le farebbe piacere potersi formare ulteriormente in tal senso?

24. Quali lingue parla?

GRIGLIA DI INTERVISTA PER MEDICI ED OPERATORI SANITARI

Il servizio (a cura dell'intervistatore)

Servizio presso cui è impiegato/a _____

Tipologia dell' attività svolta con le immigrate dal servizio

Dati anagrafici/ personali

1. Sesso

F ☐ M ☐

2. Specializzazione

3. Da quanto tempo è impiegato presso questo servizio? _____

4. Come è cambiata nel tempo l'utenza immigrata in termini di provenienze?

5. A suo parere vi sono stati dei cambiamenti nel tempo in riferimento all'attività che il servizio svolge per le donne straniere? In tal caso quali?

Tipologia e problematiche delle utenti immigrate:

6. Attualmente in base alla sua esperienza quali sono le nazionalità prevalenti, delle donne immigrate che si rivolgono al servizio?

7. Quali sono le principali problematiche mediche per le quali le utenti straniere si rivolgono ad esso (ad esempio per IVG, gravidanza, Screening o altro)?

8. Vi sono secondo lei problematiche particolari che le immigrate hanno rispetto alle utenti italiane?

8.1 Se sì: A cosa sono legate tali problematiche, in base alla sua esperienza (eventuali suggerimenti: a difficoltà linguistiche, a differenze culturali, difficoltà ad orientarsi fra i servizi del territorio, ad una scarsa conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi, ad una scarsa conoscenza delle normative in merito di salute)?

9 In base alla sua esperienza ha potuto notare delle differenze fra le utenti straniere in riferimento alle problematiche che possono avere (ad esempio in

relazione alla diversa provenienza/ nazionalità, al titolo di studio, alla conoscenza della lingua italiana, a questioni religiose, a questioni legate a differenti approcci medici e diverse concezioni della vita e della persona)?

9. 1 Se ha riscontrato differenze fra immigrate di diversa nazionalità: potrebbe fare qualche esempio a riguardo?

Rapporto medico/ paziente:

10. In base alla sua esperienza, ha riscontrato particolari difficoltà nella relazione con le pazienti immigrate rispetto a quelle italiane?

10.1 Se sì: Queste difficoltà a cosa sarebbero legate secondo lei? (Eventuali suggerimenti: a differenze culturali, incomprensioni linguistiche, difficoltà delle utenti ad orientarsi fra i servizi, a scarsa conoscenza dell'organizzazione dei servizi)

11 Ha potuto riscontrare, in base alla sua esperienza, differenze fra immigrate di diversa provenienza, nazionalità nel rapporto nella relazione che hanno con voi?

11.2 Se sì: Potrebbe fare qualche esempio?

11.3 Vi sono immigrate con le quali ha riscontrato maggiori difficoltà?

Mediazione inter - culturale

12. In riferimento alla mediazione culturale in quali circostanze si decide di chiamare delle mediatrici qualificate?

13. Le è capitato di collaborare con mediatrici inter - culturali?

14. Come valuta l'apporto, il contributo delle mediatrici in termini di utilità?

Valutazione del servizio

15. A suo parere il servizio risponde adeguatamente alle esigenze delle immigrate? Per quali ragioni?

16. Secondo lei si potrebbero intraprendere azioni per migliorare l'accoglienza delle donne straniere nell'ambito del servizio?

16.1 Ha suggerimenti a riguardo (ad esempio: fare ricorso più frequentemente alle mediatrici o averle in organico, migliorare l'informazione per gli stranieri con brochure in lingua o sportelli informativi, avere più tempo o risorse per gestire situazioni complesse)?

17. Cosa si potrebbe fare secondo lei, per migliorare la relazione con le utenti immigrate e la vostra attività quotidiana? Ha suggerimenti a riguardo?

18. A quanto le risulta le donne straniere che si rivolgono al vostro servizio come vengono a conoscenza di esso? Ovvero quali sono i canali informativi che secondo lei consentono alle donne di rivolgersi al vostro servizio?

19. In base alla sua esperienza vi sono donne che hanno maggiori difficoltà a raggiungere il servizio?

19.1 Se sì: In quali circostanze (per mancanza di tempo, per difficoltà ad avere informazioni su di esso, per questioni legate a mezzi di trasporto)?

Reti sul territorio:

20. Nella sua attività quotidiana, per questioni e problematiche legate alle utenze immigrate, vi sono servizi sanitari con cui si trova a collaborare più frequentemente?

20.1 Se sì: Quali, potrebbe indicarli?

☐ Ambulatori per immigrate irregolari
(quali _____)

☐ Ambulatori gestiti da Associazioni
(indicare quali _____)

☐ Ambulatori _____ pediatrici (indicare quali _____)

☐ Ambulatori o servizi pe IVG
(Indicare quali _____)

20.2 Che lei sappia questi rapporti di collaborazione sono formalizzati attraverso ad esempio convenzioni o accordi fra gli enti oppure sono più che altro informali?

21. Nella sua attività quotidiana, vi è collaborazione con enti e servizi del sociale, pubblico o privato, per la risoluzione delle problematiche delle donne straniere?

21.1 Se sì: Quali sono i servizi in ambito sociale, pubblico o privato (associazioni cooperative) presenti sul territorio con cui collabora più frequentemente (può indicarli specificando il nome) ?

21.3 Che lei sappia questi rapporti di collaborazione sono formalizzati ad esempio attraverso convenzioni, progetti, accordi fra gli enti oppure sono più che altro informali?

22. Vi sono, in base alla sua esperienza servizi (sia in ambito sociale che sanitario) con i quali sarebbe necessario collaborare di più per far fronte alle problematiche delle utenti immigrate?

22.1 Se sì: appartenenti all'ambito sociale o sanitario?

23 A suo parere sul territorio vi è integrazione fra l'ambito del sociale e quello sanitario?

24. Ha eventuali suggerimenti in riferimento al miglioramento di un lavoro in rete dei servizi socio sanitari sul territorio, per fare fronte alle problematiche riscontrate?

Formazione

25. E' mai stato coinvolto in attività formative specifiche per l'utenza immigrazione come allievo?

Se sì:

25.1 Quale/i? _____

25.2 Da chi era/erano organizzata/e? _____

25.3 Pensa che tale formazione sia stata utile per la sua attività lavorativa con le immigrate?

26. In ogni caso pensa che sarebbe utile prendere parte ad un corso di formazione in ambito migratorio o ad ulteriori corsi?

26.1 Se sì Per approfondire quali ambiti, a suo parere (ad esempio questioni legate al fenomeno migratorio in generale, differenze culturali, un approfondimento della normativa) ?

27. E' stato invece mai coinvolto in corsi in qualità di formatore?

Opinioni su normative:

28. Pensa di conoscere la normativa in ambito di salute per gli stranieri?

29. A suo parere, la normativa volta alla tutelare la salute delle immigrate è adeguatamente applicata?

30. La normativa italiana in materia di immigrazione prevede che per le utenti irregolari, con codice STP o ENI siano previste cure urgenti ed essenziali gratuite. Potrebbe esprimere un suo parere riguardo questa norma?

31. Secondo lei i diritti di salute delle donne immigrate sono adeguatamente tutelati?

32. A suo parere le immigrate devono adeguarsi alle norme ed alle regole del paese che le ospita?

33 A suo parere è giusto che le immigrate preservino tradizioni culturali, religiose dei loro paesi di origine?

32. Potrebbe dirmi per concludere, in base alla sua esperienza, quali sono gli aspetti positivi e quali quelli negativi del lavoro che svolge con le immigrate?

GRIGLIA DI INTERVISTA PER LE IMMIGRATE

Questa intervista è del tutto anonima. E' parte di una ricerca universitaria per capire i problemi delle donne immigrate riguardo la maternità, la salute e i rapporti con i servizi sanitari italiani. Non ci sono risposte giuste o sbagliate ma ti chiedo solo di rispondere in base alla tua esperienza personale. Ti ringrazio molto per la tua collaborazione. ¹

DATI PERSONALI

1. Da dove provieni? _____
2. Quanti anni hai? _____
3. Titolo di studio

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Diploma (specificare quale)
<input type="checkbox"/> Scuola Primaria	<input type="checkbox"/> Laurea Specificare
<input type="checkbox"/> Scuola secondaria laurea	<input type="checkbox"/> Specializzazione dopo la laurea
4. Il tuo stato civile è:

<input type="checkbox"/> Coniugata (vai alla domanda 5) alla Domanda 7)	<input type="checkbox"/> Separata o divorziato/a (vai alla Domanda 7)
<input type="checkbox"/> Convivente (vai alla domanda 5) 7)	<input type="checkbox"/> Vedova (vai alla domanda 7)
<input type="checkbox"/> Celibe/nubile (vai alla Domanda 7)	
5. Se sei sposata: Tuo marito è:

<input type="checkbox"/> Della tua stessa nazionalità
<input type="checkbox"/> Di nazionalità italiana
<input type="checkbox"/> Di altra nazionalità (specificare) _____
6. Il tuo coniuge è attualmente è in Italia con te, nel tuo paese di origine, o vive altrove (specificare)?

¹ Questa griglia di intervista, grazie all' ausilio di informatrici privilegiate sia ucraine che filippine, è stata tradotta in lingua tagalog ed in lingua russa ed in alcuni casi è stata data alle immigrate al momento dell'intervista, per provare a facilitare, a livello linguistico, coloro che avevano maggiori difficoltà. Le domande e le sezioni di questa griglia non sono state necessariamente poste nella sequenza riportata, è prevista la possibilità di mutarle, in base all' andamento dell'intervista ed alle risposte o alle narrazioni delle immigrate stesse.

7. Hai figli?
Se sì ☐ (vai alla domanda 8)
Se No ☐ (vai alla domanda 12)
8. Quanti figli hai?
9. Quanti anni hanno?
10. Dove sono nati i tuoi figli in Italia, nel tuo paese di origine o in un altro paese?
11. I tuoi figli adesso vivono in Italia con te, nel tuo paese di origine o in un altro paese?

PERCORSI MIGRATORI

12. Da quanto tempo sei in Italia (ricordi quando sei arrivata)?
13. Per quali motivi hai deciso di venire in Italia (per lavoro, per motivi di famiglia, per studio, per motivi di salute, per motivi umanitari)?
14. Da quanto tempo invece vivi a Pisa/ Napoli? _____
15. Come mai hai deciso di venire a Pisa/ Napoli?

RAPPORTO CON I SERVIZI SANITARI DEL TERRITORIO:

Accesso ai servizi

16. Sei iscritta al Servizio Sanitario Nazionale (hai una tessera sanitaria rilasciata dall' ASL del luogo dove abiti)?
- ☐ Si (vai alla domanda 18) ☐ No (vai alla domanda 17)
17. Sei in possesso di un tessera STP (Straniero Temporaneamente presente) ?
18. Hai mai avuto bisogno, da quando sei in Italia, di cure mediche?
- 18.1 Se sì: In questo caso ti sei mai rivolta a servizi sanitari, a medici in Italia?
- 18.2 Se no: Per quali ragioni (credi di non averne diritto, hai paura per la situazione di irregolarità, non ne hai avuto mai bisogno, ti sei rivolta a persone esperte della tua comunità)? Dopo aver risposto vai alla domanda n. 22.

19. Per avere informazioni per andare dal medico o accedere ai servizi sanitari del territorio in caso di necessità a chi ti sei rivolta, a chi hai chiesto aiuto (ad esempio ad amici o familiari, ad altri servizi sanitari del territorio, come il pronto soccorso o sportelli STP, al medico di base, ad associazioni di connazionali, ad altre associazioni o cooperative del territorio, a sportelli informativi del Comune, alla parrocchia, al datore di lavoro, ad internet)?²

20. In Italia a quale a quali servizi preferisci rivolgerti per problemi di salute (al medico di famiglia dell'A.S.L., a medici privati, a medici volontari di una associazione, a servizi specifici per immigrati, al pronto soccorso o all'ospedale, ad un servizio della tua comunità nazionale sul territorio)?

21. Se hai figli/ un figlio: Per la salute di tuo figlio in genere a chi ti rivolgi (al pediatra di famiglia, al pediatra di un consultorio, di un'associazione presente sul territorio, ad uno specialista privato, al pronto soccorso o altro)?

22. In ogni caso per te è facile o difficile orientarti fra i servizi sanitari qui in Italia?

23. Hai avuto in passato o hai anche adesso qualche difficoltà a rivolgerti, ad andare ai servizi sanitari sul territorio?

23.1 Se sì: Queste difficoltà a cosa sono/erano dovute (ad esempio a mancanza di informazioni adeguate, a differenze culturali come una diversa concezione della medicina, della salute, a difficoltà linguistiche, a differenze nell'organizzazione dei servizi rispetto al tuo paese di origine, al poco tempo a disposizione per te stessa, al fatto che orari e giorni dei servizi di apertura dei servizi non coincidono con tuoi giorni liberi da lavoro)?

24. Ha mai fatto controlli o visite per la tua salute femminile o la maternità (ad esempio controlli ginecologici o visite in caso di gravidanza)?

25. Ti sei mai rivolta a “consultori familiari” o “ostetrico – ginecologici” (servizi specifici per la salute femminile e la famiglia), in Italia?

25.1 Se sì: Come sei venuta a conoscenza dell'esistenza di questi servizi, chi ti ha indirizzato ad essi (amici, familiari, connazionali, altri servizi sanitari del territorio a cui ti eri rivolta, associazioni, sportelli informativi del territorio, internet, il datore di lavoro)?

25.2 Come ti sei trovata ai consultori a cui ti sei rivolta? Ci sono stati dei problemi a rivolgersi a questi servizi?

Relazione medico paziente:

² I suggerimenti indicati fra parentesi sono stati posti solo in caso di necessità, in caso di reticenza o non comprensione della domanda.

26. Ha mai avuto qualche difficoltà nella relazione con medici o con altri operatori dei servizi sanitari a cui ti sei rivolta?

26.1 Se sì: Queste difficoltà a cosa sono o erano dovute (ad esempio a differenze culturali, come una diversa concezione della medicina, della salute, ad incomprensioni legate a questioni religiose, ad incomprensioni linguistiche o ad altri motivi)?

27. In genere preferisci andare alle visite mediche da sola o accompagnata (ad esempio da amiche, connazionali, familiari, da tuo mio marito/ dal tuo partner)?

28. In caso di difficoltà linguistiche: come hai cercato in passato o cerchi adesso di superare le incomprensioni linguistiche (con l'aiuto del tuo compagno/partner, con l'aiuto di amiche connazionali, ad esempio facendoti accompagnare alle visite o con un ausilio telefonico, con l'aiuto di una mediatrice culturale qualificata) ?

29. Ti è mai capitato di avere l'aiuto, durante una visita medica, di una mediatrice qualificata fornita dai servizi sanitari?

30. Secondo te l'aiuto o la presenza di una mediatrice culturale nei servizi sanitari o in ospedale è utile?

31. Ha mai notato atteggiamenti di intolleranza, pregiudizi o episodi di discriminazione o nei tuoi confronti da parte di medici o del personale sanitario in occasione di visite mediche o prenotazioni?

31.1 In tal caso quando?

Valutazione del sistema sanitario italiano:

32. Potresti dare una valutazione dei servizi sanitari del territorio (buona, pessima, da migliorare)?

33. Secondo te i servizi sanitari sul territorio rispondono in maniera corretta, adeguata ai bisogni delle donne immigrate?

34. Secondo te cosa si potrebbe fare per migliorarli (ad esempio prevedere più mediatrici culturali per avere un aiuto linguistico, una segnaletica e brochure in diverse lingue, sportelli informativi, un maggiore aiuto o assistenza per sbrigare le

pratiche burocratiche e la documentazione, ridurre i tempi di attesa per poter fare le visite mediche)?

35. Come valuti l'assistenza del sistema sanitario italiano, rispetto a quello del tuo paese migliore o peggiore?

35.1 Come mai?

36. Pensi di conoscere le norme, le leggi italiane sulla salute per gli stranieri?

**SEZIONE RISERVATA ALLE DONNE CHE SONO IN ATTESA O
HANNO AVUTO DEI BAMBINI NATI IN ITALIA**

SE E' IN GRAVIDANZA:

37. Quanti mesi ha il bambino?

38. Nel corso della gravidanza fai controlli medici periodici (spesso, abbastanza frequentemente raramente o solo in caso di necessità)?

39. Per i controlli a quali servizi preferisci rivolgerti (al consultorio della tua ASL, ad un ginecologo privato, al pronto soccorso, ad un ginecologo di associazioni sul territorio, all'ospedale)?

40. Sei soddisfatta dell'assistenza medica che stai ricevendo in gravidanza?

41. Pensi che partorirai a Pisa / Napoli, nel tuo paese di origine, o altrove?

42. Stai seguendo o pensi di seguire un corso pre-parto, di accompagnamento alla nascita?

42.1 Se no: come mai?

43. C'è qualcuno, fra amici, familiari che in questo periodo ti sta vicino o ti sta aiutando (per la casa, per fare la spesa o anche solo per darti dei consigli)?

43.1 Chi in particolare (amiche, familiari, marito)?

44. Se ha già un figlio/ i nato/i nel paese di origine: quali sono le differenze nel vivere la gravidanza, rispetto al tuo paese di origine?

45. Al momento lavori?

45.1 Se sì: Fino a quando pensi di lavorare prima del parto?

45.2 Ci sono stati problemi al lavoro o con il tuo datore di lavoro per la gravidanza, per il fatto di aspettare un bambino? In questo caso quali?

PER LE DONNE CHE HANNO AVUTO DEI FIGLI NATI IN ITALIA:

46. Nel corso della gravidanza hai fatto controlli periodici (spesso, abbastanza frequentemente, raramente, quasi mai)?

47. Sei soddisfatta dell'assistenza medica che hai ricevuto durante la gravidanza in Italia?

48. Dove hai partorito?

49. In quale struttura?

50. Come è andato il parto?

51. Il parto è stato naturale o cesareo?

52. Durante il parto, ci sono state difficoltà nel rapporto con le ostetriche, il ginecologo o gli altri operatori dell'ospedale o della clinica dove hai partorito?

52.1 Se sì: Per quali ragioni (ad esempio per difficoltà linguistiche, per motivi religiosi o altro)?

53. Nel periodo successivo al parto ci sono state difficoltà?

54. In gravidanza e dopo la nascita di tuo figlio/tuoi figlio hai avuto l'aiuto da parte di familiari o di conoscenti per gestire la casa o per il bambino?

54.1 Se sì: da chi in particolare (amiche, familiari, marito)?

55. Se ha avuto figli nati nel paese di origine: Come è stato per te vivere la gravidanza e il parto in Italia rispetto al suo paese di origine è stato, più facile o più difficile?

56. Allatti/ hai allattato?

57. Lavoravi prima di avere tuo figlio/ figli?

57.1 Se sì: Fino a quanti mesi/giorni hai lavorato prima del parto?

57.2 Ci sono stati dei problemi al lavoro per il fatto che aspettavi un bambino o dopo il parto?

APPROCCIO MEDICO

58. Nelle tuo paese di origine, in caso di necessità, si ricorre a medicine tradizionali, ad esempio all'uso di erbe mediche?

59. In Italia in caso di necessità, oppure durante la gravidanza o il parto ti è mai capitato di far riferimento alla medicina tradizionale del paese di provenienza (erbe, tisane)?

59 . 1 Per quali ragioni?

Adesso, per finire, ti chiedo di rispondere a qualche domanda sulla tua situazione in Italia

CAPITALE LINGUISTICO

60. Conosci altre lingue oltre all' italiano ed alla tua lingua di origine (dialetto)?

Se si : quali? _____

61. Come hai imparato la lingua italiana (hai mai seguito corsi di lingua)?

CONDIZIONE LAVORATIVA

62. Al momento lavori (se questa domanda non è stata già affrontata nelle sezioni precedenti ad esempio per la gravidanza o la nascita del proprio bambino)?

63. Se non lavori: Qual è la tua attuale condizione (sei in cerca del tuo primo lavoro, sei disoccupata, sei studente/essa, sei casalinga)?

64. Se lavori: Che lavoro svolgi (collaboratrice domestica part-time a tempo pieno, badante, baby sitter, attività autonoma in ambito commerciale, altro)?

65. Quante ore lavori al giorno? Quali sono i giorni liberi durante la settimana?

66. Sei soddisfatta del tuo lavoro attuale?

CONDIZIONE ABITATIVA

67. Attualmente dove abiti (in una stanza o un appartamento in affitto, con il datore di lavoro, in una casa tua)?

68. In ogni caso con chi vivi (da sola, con la tua famiglia, coabiti con altri connazionali o con persone di altra nazionalità)?

69. Ti senti soddisfatta della tua attuale situazione abitativa, della tua casa?

RETE SOCIALE E FAMILIARE PRESENTE SUL TERRITORIO

70. Oltre a quelli già indicati in precedenza (marito e/o figli) ci sono altri familiari che risiedono nella tua stessa città/ a Napoli?

71.1 Che relazione di parentela hanno con te (ad esempio madre, padre, zia, sorella ecc)?

71. Durante il tempo libero frequenti soprattutto persone della tua nazionalità, Italiane, o di altra nazionalità ?

72. Fai parte di un'associazione?

72.1 Se sì: Quale associazione in particolare?

PROGETTI PER IL FUTURO

73. Quali sono i tuoi progetti per il futuro (pensi di restare a Pisa/ Napoli, di ritornare nel tuo paese di origine, di trasferirti in qualche altra città italiana o in un'altra nazione) ?

74. Per quali **motivi**?

TI RINGRAZIO DI CUORE PER LA TUA COLLABORAZIONE

APPENDICE STATISTICA

Tabelle allegate al Capitolo VI

Tab. 1 - Residenti stranieri in Campania al 31/12/2016 per sesso e incidenza percentuale (Rielaborazione da Fonte Istat)

	Maschi	Femmine	Totale	% sul Totale dei residenti RES	% Donne straniere
Popolazione straniera residente al 31 dicembre	118049	125645	243694	4,20	51,20

Tab. 2 - Percentuale di donne residenti in Campania al 31 dicembre, dal 2011 al 2016 (Rielaborazione da Fonte Istat)

Anno	Maschi	Femmine	Totale	% donne
2011	62995	87311	150306	58,1
2012	73821	97117	170938	56,8
2013	90881	112942	203823	55,4
2014	99482	1189021	217503	54,3
2015	109922	122292	232214	52,7
2016	118049	125645	243694	51,6

Tab. 3 - Cittadini Stranieri. Popolazione residente per sesso e cittadinanza nella Regione Campania al 31/12/2016. Prime venticinque nazionalità (Rielaborazione da Fonte Istat)

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	% donne
Ucraina	10650	32195	42845	75,1
Romania	17190	24045	41235	58,3
Marocco	14410	6419	20829	30,8
Sri Lanka	8837	7734	16571	46,7
Cina Rep. Popolare	7710	6286	13996	44,9
Polonia	2385	7355	9740	75,5
Bangladesh	7176	1047	8223	12,7
India	5334	2297	7631	30,1
Bulgaria	2062	5352	7414	72,2
Albania	3801	3004	6805	44,1
Pakistan	5534	636	6170	10,3
Nigeria	3693	2471	6164	40,1
Senegal	3289	585	3874	15,1
Filippine	1376	2450	3826	64,0
Algeria	3012	723	3735	19,4
Russia Federazione	438	3249	3687	88,1
Tunisia	2469	931	3400	27,4
Ghana	2867	483	3350	14,4
Brasile	453	1688	2141	78,8
Rep. Dominicana	739	1279	2018	63,4
Burkina Faso	1529	285	1814	15,7
Moldova	536	1087	1623	67,0
Mali	1391	21	1412	1,5
Costa d'Avorio	1054	216	1270	17,0
Gambia	1223	15	1238	1,2
Altre nazionalità	8891	13792	22683	60,8
TOTALE ZONA	118049	125645	243694	51,6

Tab. 4 - Cittadini Stranieri in Provincia di Napoli. Popolazione residente per sesso e cittadinanza al 31/12/ 2016 (Rielaborazione da Fonte Istat)

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale
Ucraina	5422	17640	23062	18,6
Sri Lanka	8481	7436	15917	12,9
Cina Rep. Popolare	6211	4955	11166	9,0
Romania	4509	6103	10612	8,6
Bangladesh	6091	938	7029	5,7
Marocco	3953	1595	5548	4,5
Polonia	1031	3622	4653	3,8
Pakistan	3851	412	4263	3,4
Bulgaria	869	2517	3386	2,7
Nigeria	1537	937	2474	2,0
Filippine	889	1494	2383	1,9
India	1549	644	2193	1,8
Algeria	1727	348	2075	1,7
Russia Federazione	214	1832	2046	1,7
Albania	1021	911	1932	1,6
Rep. Dominicana	681	1081	1762	1,4
Ghana	1428	271	1699	1,4
Tunisia	1057	423	1480	1,2
Burkina Faso	1139	211	1350	1,1
Senegal	1126	208	1334	1,1
Brasile	206	962	1168	0,9
Capo Verde	304	661	965	0,8
Moldova	304	585	889	0,7
Perù	370	515	885	0,7
Serbia	379	411	790	0,6
Altre nazionalità	5641	7031	11061	8,9
TOTALE ZONA	59990	63743	123733	100,0

Tab. 5 - Cittadini Stranieri residenti nel Comune di Napoli provenienti da paesi a forte pressione migratoria, per sesso e cittadinanza al 31/12/2016 (Rielaborazione da Fonte Istat)

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	% Donne	% sul Totale
Sri Lanka	7645	6797	14442	47,1	26,5
Ucraina	1482	6948	8430	82,4	15,5
Cina Rep. Popolare	2914	2369	5283	44,8	9,7
Romania	958	1503	2461	61,1	4,5
Pakistan	2307	140	2447	5,7	4,5
Filippine	762	1171	1933	60,6	3,5
Bangladesh	1529	118	1647	7,2	3,0
Polonia	216	1126	1342	83,9	2,5
Nigeria	684	388	1072	36,2	2,0
Russia Federazione	93	967	1060	91,2	1,9
Rep. Dominicana	388	660	1048	63,0	1,9
India	706	237	943	25,1	1,7
Senegal	760	132	892	14,8	1,6
Bulgaria	180	702	882	79,6	1,6
Capo Verde	281	595	876	67,9	1,6
Algeria	668	83	751	11,1	1,4
Perù	325	420	745	56,4	1,4
Serbia	306	340	646	52,6	1,2
Marocco	398	162	560	28,9	1,0
Tunisia	414	135	549	24,6	1,0
Brasile	82	406	488	83,2	0,9
Ghana	352	51	403	12,7	0,7
Georgia	44	335	379	88,4	0,7
Moldova	111	247	358	69,0	0,7
Albania	178	178	356	50,0	0,7
ALTRO	2411	2074	4485	46,2	8,2
TOTALE ZONA	26194	28284	54478	51,9	100,00

Tab. 6 - Incidenza di immigrate residenti nel Comune di Napoli, sul totale di donne provenienti da paesi a forte pressione migratoria, dal 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte Istat)

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	% Donne	% di donne sul Totale
Ucraina	1482	6948	8430	82,4	24,6
Sri Lanka	7645	6797	14442	47,1	24,0
Cina Rep. Popolare	2914	2369	5283	44,8	8,4
Romania	958	1503	2461	61,1	5,3
Filippine	762	1171	1933	60,6	4,1
Polonia	216	1126	1342	83,9	4,0
Russia Federazione	93	967	1060	91,2	3,4
Bulgaria	180	702	882	79,6	2,5
Rep. Dominicana	388	660	1048	63,0	2,3
Capo Verde	281	595	876	67,9	2,1
Perù	325	420	745	56,4	1,5
Brasile	82	406	488	83,2	1,4
Nigeria	684	388	1072	36,2	1,4
Serbia	306	340	646	52,6	1,2
Georgia	44	335	379	88,4	1,2
Moldova	111	247	358	69,0	0,9
India	706	237	943	25,1	0,8
Colombia	68	202	270	74,8	0,7
Cuba	43	201	244	82,4	0,7
Albania	178	178	356	50,0	0,6
Marocco	398	162	560	28,9	0,6
Kirghizistan	42	151	193	78,2	0,5
Bielorussia	20	150	170	88,2	0,5
Pakistan	2307	140	2447	5,7	0,5
El Salvador	72	138	210	65,7	0,5
Tunisia	414	135	549	24,6	0,5
Senegal	760	132	892	14,8	0,5
Ecuador	88	124	212	58,5	0,4
Bangladesh	1529	118	1647	7,2	0,4
Indonesia	8	101	109	92,7	0,4
Algeria	668	83	751	11,1	0,3
Somalia	87	82	169	48,5	0,3
Costa d'Avorio	257	79	336	23,5	0,3
Venezuela	23	68	91	74,7	0,2
Eritrea	20	65	85	76,5	0,2
Messico	7	52	59	88,1	0,2
Ghana	352	51	403	12,7	0,2

Thailandia	10	42	52	80,8	0,1
Burkina Faso	315	41	356	11,5	0,1
Paraguay	8	35	43	81,4	0,1
Etiopia	18	31	49	63,3	0,1
Madagascar	12	30	42	71,4	0,1
Macedonia	26	29	55	52,7	0,1
Bolivia	18	28	46	60,9	0,1
Croazia	13	23	36	63,9	0,1
Guinea	148	22	170	12,9	0,1
Iran	27	21	48	43,8	0,1
Camerun	23	21	44	47,7	0,1
Lituania	10	20	30	66,7	0,1
Argentina	14	18	32	56,3	0,1
Cile	13	16	29	55,2	0,1
Ungheria	2	16	18	88,9	0,1
Slovacchia	3	15	18	83,3	0,1
ALTRO	1016	253	1269	19,9	0,9
TOTALE ZONA	26194	28284	54478	51,9	100,00

Tab. 7 - ASL Napoli 1 - Iscritti al S.S.N. per nazionalità provenienti da paesi non appartenenti all'U.E. al 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalita'	Maschi	Femmine	Totale	% sul Totale
Ceylon (Sri Lanka)	4781	4420	9201	28,6
Ucraina	909	5203	6112	19,0
Filippine	532	982	1514	4,7
Cina	601	754	1355	4,2
Capo verde	194	698	892	2,8
Federazione russa	132	738	870	2,7
Pakistan	741	90	831	2,6
Repubblica dominicana	236	570	806	2,5
Brasile	222	562	784	2,4
Bangladesh	651	89	740	2,3
Peru'	245	399	644	2,0
Nigeria	318	247	565	1,8
Senegal	403	81	484	1,5
Tunisia	260	191	451	1,4
Albania	171	211	382	1,2
India	222	140	362	1,1
Colombia	84	263	347	1,1
Algeria	230	79	309	1,0

Marocco	149	138	287	0,9
Cuba	39	241	280	0,9
Jugoslavia	84	181	265	0,8
Repubblica della moldavia	69	177	246	0,8
	83	150	233	0,7
Venezuela	85	142	227	0,7
Libia	112	112	224	0,7
Georgia	23	184	207	0,6
Costa d'avorio	141	64	205	0,6
Etiopia	78	121	199	0,6
Ecuador	77	120	197	0,6
Burkina faso	161	30	191	0,6
Somalia	75	111	186	0,6
Ghana	143	38	181	0,6
Egitto	105	72	177	0,6
El salvador	57	99	156	0,5
Repubblica di bielorussia	26	122	148	0,5
Dominica	43	98	141	0,4
Mali	106	9	115	0,4
Kirghizistan	20	94	114	0,4
Guinea	90	16	106	0,3
Eitrea	33	73	106	0,3
Gambia	85	2	87	0,3
Messico	12	67	79	0,2
Afganistan	49	17	66	0,2
Thailandia	6	54	60	0,2
Giordania	48	6	54	0,2
Cile	24	29	53	0,2
Iran	31	21	52	0,2
Indonesia	4	38	42	0,1
Altro	378	454	832	2,6
Totale	13368	18797	32165	100

Tab. 8 - ASL Napoli 1 - Utenza immigrata iscritta al S.S.N. per Distretto e nazionalità prevalenti, al 31/12/2016 (Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalita'	DS 24	DS 25	DS 26	DS 27	DS 28	DS 29	DS 30	DS 31	DS 32	DS 33	Totale
Ceylon (Sri Lanka)	1931	122	54	481	154	3055	37	2653	42	672	9201
Ucraina	1102	450	305	822	341	763	294	766	338	931	6112
Filippine	595	61	51	50	6	66	6	560	2	117	1514
Cina	14	22	17	18	4	25	19	254	64	918	1355
Capo verde	339	22	55	37	16	148	5	212	4	54	892
Altro	1627	786	878	868	542	1164	457	2645	738	3401	13106
Totale	5608	1463	1360	2276	1063	5221	818	7090	1188	6093	32180

Tab. 9 - Asl Napoli 1 - Utenza immigrata iscritta al S.S.N. Prime cinque nazionalità al 31/12/2016 (Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalita'	Maschi	Femmine	Totale
Ceylon (Sri Lanka)	4781	4420	9201
Ucraina	909	5203	6112
Filippine	532	982	1514
Cina	601	754	1355
Capo verde	194	698	892
Altro	6351	6755	13106
Totale	13368	18812	32180

Tab. 10 - ASL Napoli 1 - Utenza S.T.P. per Distretto al 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Sesso	DS 24	DS 25	DS 26	DS 27	DS 28	DS 29	DS 30	DS 31	DS 32	DS 33	TOT.
Maschi	89	24	17	9	284	230	25	301	32	835	1846
Femmine	50	66	33	72	422	537	30	242	65	1013	2530
Totale	139	90	50	81	706	767	55	543	97	1848	4376

Tab. 11 - ASL Napoli 1 - Utenza S.T.P. per Distretto e nazionalità prevalenti al 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalita'	DS 24	DS 25	DS 26	DS 27	DS 28	DS 29	DS 30	DS 31	DS 32	DS 33	Tot.
Ucraina	19	52	17	70	46	180	30	137	60	402	1013
Jugoslavia	0	0	0	0	424	0	0	1	0	0	425
Ceylon (Sri Lanka)	8	2	0	3	0	365	0	28	1	6	413
Georgia	3	1	0	4	1	5	1	22	1	316	354
Nigeria	23	0	1	0	11	23	0	11	3	180	252
Altro	86	35	32	4	224	194	24	344	32	944	1919
Totale	139	90	50	81	706	767	55	543	97	1848	4376

Tab 12 - ASL Napoli 1 - Utenza S.T.P. Prime cinque nazionalità, al 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalita'	Maschi	Femmine	Totale	% Donne
Ucraina	247	766	1013	23,1
Jugoslavia	181	244	425	9,7
Ceylon (sri lanka)	137	276	413	9,4
Georgia	43	311	354	8,1
Nigeria	139	113	252	5,8
Altro	1099	820	1919	43,9
Totale	1846	2530	4376	100,00

Tab 13 - ASL Napoli 1 - Utenza E.N.I. Prime cinque nazionalità al 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalita'	Maschi	Femmine	Totale	% Donne	% sul Totale
Romania	123	261	384	68,0	66,3
Bulgaria	35	105	140	75,0	24,2
Polonia	14	26	40	65,0	6,9
Croazia	1	1	2	50,0	0,3
Lettonia	1	1	2	50,0	0,3
Altro	5	6	11	54,5	1,9
Totale	179	400	579	69,1	100,0

Tab. 14 - ASL Napoli 1 - Utenti iscritti al S.S.N., ENI ed STP per fascia di età (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Utenza immigrata iscritta al S.S.N. ASL Napoli 1 - servizio immigrati per fascia d'età				Utenza E.N.I. ASL Napoli 1 - servizio immigrati per fascia d'età				Utenza S.T.P.servizio immigrati per fascia d'età		
Fascia d'Eta'	M	F	Tot	Fascia d'età	M	F	TOT	Fascia d'Eta'	M	F
0-6	724	645	1369	0-6	21	49	70	0-6	160	217
7-13	786	717	1503	7-13	36	37	73	7-13	107	117
14-17	393	377	770	14-17	9	14	23	14-17	89	63
18-49	8184	9529	17713	18-49	71	208	279	18-49	1270	1502
50-64	2624	6024	8648	50-64	39	73	112	50-64	198	540
>=65	657	1520	2177	>=65	3	19	22	>=65	22	90
Totale	13368	18812	32180	Totale	179	400	579	Totale	1846	2529

Tab. 15 - ASL Napoli 1 - Utenti Donne iscritte al S.S.N., ENI e STP (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Donne	Totale	% sul Totale
Iscritte SSN	18.812	86,5
Stp	2529	11,6
Eni	400	1,8
Totale	21.741	100,0

Tab. 16 - ASL Napoli 1 -- Utenti donne iscritte al S.S.N. Prime 5 nazionalità al 31/12/2016 (Rielaborazione su Fonte S.A.S.C.I.)

Nazionalità	Totale
Ucraina	5203
Ceylon (sri lanka)	4420
Filippine	982
Cina	754
Federazione russa	738
Altro	6715
Totale	18812

Tab. 17 - ASL Napoli 1 – Utenti donne iscritte S.S.N. per Distretto e nazionalità prevalenti - Anno 2016 (Fonte S.A.S.C.I.)

DONNE PRIME 5 NAZIONALITA' AL 31/12/2016					
DS 24	TOT.	DS 25	TOT.	DS 26	TOT.
ROMANIA	3	ROMANIA	14	ROMANIA	19
POLONIA	1	BULGARIA	2		
PORTOGALLO	1	REGNO UNITO	1		
		POLONIA	1		
ALTRO		ALTRO		ALTRO	
TOTALE	5	TOTALE	18	TOTALE	19
DS 27	TOT.	DS 28	TOT.	DS 29	TOT.
ROMANIA	2	ROMANIA	21	ROMANIA	42
		BULGARIA	11	BULGARIA	18
		POLONIA	1	POLONIA	8
		CROAZIA	1	GRECIA	1
ALTRO		ALTRO		ALTRO	
TOTALE	2	TOTALE	34	TOTALE	69
DS 30	TOT.	DS 31	TOT.	DS 32	TOT.
ROMANIA	2	BULGARIA	26	ROMANIA	63
BULGARIA	1	ROMANIA	13	POLONIA	3
POLONIA	1	POLONIA	2	BULGARIA	2
ALTRO		ALTRO		ALTRO	
TOTALE	4	TOTALE	41	TOTALE	68
DS 33	TOT.			PRIME 5 TOTALI	TOT.
ROMANIA	82			ROMANIA	261
BULGARIA	45			BULGARIA	105
POLONIA	9			POLONIA	26
SPAGNA	2			SPAGNA	2
UNGHERIA	1			REGNO UNITO	1
ALTRO	1			ALTRO	5
TOTALE	140			TOTALE	400

**Tab. 18 - ASL Napoli 1 – Utenti donne STP per Distretto e nazionalità prevalenti
Anno 2016 (Fonte S.A.S.C.I.)**

DONNE PRIME 5 NAZIONALITA' AL 31/12/2016					
DS 24	TOT.	DS 25	TOT.	DS 26	TOT.
UCRAINA	19	UCRAINA	43	UCRAINA	15
EL SALVADOR	6	FEDERAZIONE RUSSA	7	FEDERAZIONE RUSSA	3
BANGLADESH	5	REPUBBLICA DI BIELORUSSIA	2	EL SALVADOR	3
CEYLON (SRI LANKA)	4	BRASILE	2	SERBIA	2
NIGERIA	4	CEYLON (SRI LANKA)	1	CUBA	2
ALTRO	12	ALTRO	11	ALTRO	8
TOTALE	50	TOTALE	66	TOTALE	33
DS 27	TOT.	DS 28	TOT.	DS 29	TOT.
UCRAINA	63	JUGOSLAVIA	243	CEYLON (SRI LANKA)	250
FEDERAZIONE RUSSA	3	SERBIA	88	UCRAINA	138
GEORGIA	3	UCRAINA	34	EL SALVADOR	35
CEYLON (SRI LANKA)	2	ALBANIA	10	FEDERAZIONE RUSSA	19
REPUBBLICA DELLA MOLDAVIA	1	NIGERIA	9	KIRGHIZISTAN	10
ALTRO	0	ALTRO	38	ALTRO	85
TOTALE	72	TOTALE	422	TOTALE	537
DS 30	TOT.	DS 31	TOT.	DS 32	TOT.
UCRAINA	17	UCRAINA	105	UCRAINA	47
ALBANIA	5	FEDERAZIONE RUSSA	28	ALBANIA	6
SENEGL	2	GEORGIA	18	FEDERAZIONE RUSSA	2
FEDERAZIONE RUSSA	1	CEYLON (SRI Lanka)	14	EL SALVADOR	2
GEORGIA	1	INDIA	10	NIGERIA	2
ALTRO	4	ALTRO	67	ALTRO	6
TOTALE	30	TOTALE	242	TOTALE	65
DS 33	TOT.			PRIME 5 TOTALI	TOT.
UCRAINA	285			UCRAINA	766
GEORGIA	281			GEORGIA	311
NIGERIA	84			CEYLON (SRI Lanka)	276
FEDERAZIONE RUSSA	64			JUGOSLAVIA	244
KIRGHIZISTAN	41			FEDERAZIONE RUSSA	137
ALTRO	258			ALTRO	796
TOTALE	1013			TOTALE	2530

Tab. 19 - ASL Napoli 1 - Utenti donne ENI per Distretto e nazionalità prevalenti - Anno 2016 (Fonte S.A.S.C.I.)

DONNE PRIME 5 NAZIONALITA' AL 31/12/2016					
DS 24	TOT.	DS 25	TOT.	DS 26	TOT.
ROMANIA	3	ROMANIA	14	ROMANIA	19
POLONIA	1	BULGARIA	2		
PORTOGALLO	1	REGNO UNITO	1		
		POLONIA	1		
ALTRO		ALTRO		ALTRO	
TOTALE	5	TOTALE	18	TOTALE	19
DS 27	TOT.	DS 28	TOT.	DS 29	TOT.
ROMANIA	2	ROMANIA	21	ROMANIA	42
		BULGARIA	11	BULGARIA	18
		POLONIA	1	POLONIA	8
		CROAZIA	1	GRECIA	1
ALTRO		ALTRO		ALTRO	
TOTALE	2	TOTALE	34	TOTALE	69
DS 30	TOT.	DS 31	TOT.	DS 32	TOT.
ROMANIA	2	BULGARIA	26	ROMANIA	63
BULGARIA	1	ROMANIA	13	POLONIA	3
POLONIA	1	POLONIA	2	BULGARIA	2
ALTRO		ALTRO		ALTRO	
TOTALE	4	TOTALE	41	TOTALE	68
DS 33	TOT.			PRIME 5 TOTALI	TOT.
ROMANIA	82			ROMANIA	261
BULGARIA	45			BULGARIA	105
POLONIA	9			POLONIA	26
SPAGNA	2			SPAGNA	2
UNGHERIA	1			REGNO UNITO	1
ALTRO	1			ALTRO	5
TOTALE	140			TOTALE	400

Tab. 20 - Asl Napoli 1 - Utenze del consultorio del Distretto 31, per prestazioni, al 2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

Prestazioni	Totale	Straniere non UE	% straniere non UE sul Totale	Straniere UE	% straniere UE sul Totale	Italiane	% donne italiane
Pap test	10.000	387	3,9	116	1,2	9.497	95,0
Mammografie	4956	141	2,8	30	0,6	4.785	96,5
IVG	1064	170	16,0	61	5,7	833	78,3

Tab. 21 - ASL Napoli 1 - Utenti dei consultori provenienti da paesi non appartenenti all'U.E., per nazionalità. Sreening della Cervice Uterina. Anno 2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

Nazionalità	Totale	% sul Totale
Ucraina	129	33,7
Sri lanka	32	8,4
Brasile	22	5,7
Fed. Russa	19	5,0
Nigeria	16	4,2
Rep. Domenicana	15	3,9
Peru'	10	2,6
Albania	9	2,3
Capo verde	9	2,3
Cuba	9	2,3
Filippine	8	2,1
Georgia	8	2,1
Apolide sconosciuto	8	2,1
Colombia	7	1,8
El salvador	7	1,8
Bielorussa	6	1,6
Libia	5	1,3
Marocco	5	1,3
Senegal	5	1,3
Cina	4	1,0
Jugoslavia	4	1,0
Messico	4	1,0
R. Domenicana	3	0,8
Pakistan	3	0,8

Moldavia	3	0,8
Argentina	2	0,5
Egitto	2	0,5
Etiopia	2	0,5
Kirghizistan	2	0,5
Sudafrica	2	0,5
Tunisia	2	0,5
Venezuela	2	0,5
Afghanistan	1	0,3
Angola	1	0,3
Australia	1	0,3
Bangladesh	1	0,3
Cecoslovacchia	1	0,3
Cile	1	0,3
Costa d'avorio	1	0,3
Croazia	1	0,3
Ecuador	1	0,3
Eritrea	1	0,3
India	1	0,3
Iran	1	0,3
Kazakistan	1	0,3
Mongolia	1	0,3
Serbia	1	0,3
Somalia	1	0,3
Sudan	1	0,3
Urss	1	0,3
Uzbekistan	1	0,3
Totale	383	100,00

Tab. 22 - ASL Napoli 1 - Utenti dei consultori provenienti da paesi appartenenti all'U.E., per nazionalità prevalenti. Screening della Cervic Uterina. Anno 2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

Nazionalità	Totale
Romania	49
Bulgaria	22
Polonia	22
Repubblica ceca	1
Totale	94

Tab 23 - ASL Napoli 1 - Utenti straniere dei consultori provenienti da paesi non appartenenti all'U.E., per distretto. Sreening della Cervice Uterina. Anno 2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

DISTRETTO	Ds 0	Ds 24	Ds 25	Ds 26	Ds 27	Ds 28	Ds 29	Ds 30	Ds 31	Ds 32	Ds 33	TOTALE
UTENTI	19	33	43	20	57	15	38	18	94	19	31	387

Tab. 24 - ASL Napoli 1 - Utenti straniere dei consultori provenienti da paesi appartenenti all'U.E., per distretto. Sreening della Cervice Uterina. Anno 2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

DISTRETTO	Ds 0	Ds 24	Ds 25	Ds 26	Ds 27	Ds 28	Ds 29	Ds 30	Ds 31	Ds 32	Ds 33	TOTALE
UTENTI	6	3	16	6	16	7	11	6	24	11	9	115

Tab. 25 - ASL Napoli 1 - Utenti straniere dei consultori provenienti da paesi non appartenenti all'U.E., per Distretto e nazionalità. Sreening della Cervice Uterina, dal 01/01/2015 al 31/12/2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donne)

STATO	DS O	DS 24	DS 25	DS 26	DS 27	DS 28	DS 29	DS 30	DS 31	DS 32	DS 33	TOT. STATO
Afganistan				1								1
Albania						1	1		4	2	1	9
Angola									1			1
Argentina		1								1		2
Australia									1			1
Bangladesh											1	1
Brasile	1	4	4	4	1	1	1	1	3		2	21
Capo verde	2	2					4		1			7
Cecoslovacchia				1								1
Ceylon (Sri Lanka)	3	2	3		6	1	4	2	10		1	29
Cile	1											0
Cina		2	1						1			4
Colombia			3		1				2		1	7
Costa d'avorio									1			1
Croazia									1			1
Cuba			1	1	2	3			1	1		9
Dominica					1						2	3
Ecuador											1	1
Egitto			2									2
El salvador	1						2		2		2	6
Eritrea									1			1
Etiopia		2										2
Federazione russa	1	2	2	2	4			1	5		2	18
Filippine		3	2		2				1			8
Georgia			2		2		2		1		1	8
India									1			1
Iran										1		1
Jugoslavia						4						4
Kazakistan									1			1
Kirghizistan		1							1			2
Libia					2		1	2				5
Marocco							1		2	1	1	5
Messico		1	3									4
Mongolia										1		1
Apolidi	1	1	1			1	1	2	1			7
Nigeria	2								9	1	4	14
Pakistan									1		2	3
Peru'		2		1	1	1		1	4			10

Repubblica della moldavia					2					1		3
Repubblica di bielorussia			3						3			6
Repubblica dominicana	1	3	1		1		4		4		1	14
Senegal							1		3		1	5
Serbia						1						1
Somalia											1	1
Sudafrica							1			1		2
Sudan				1								1
Svizzera				2	1						1	4
Tunisia							1				1	2
Ucraina	6	7	14	6	31	2	14	9	27	9	4	123
Urss									1			1
Uzbekistan											1	1
Venezuela			1	1								2
Totale distretto	19	33	43	20	57	15	38	18	94	19	31	
Totale asl	387											

Tab. 26 - ASL Napoli 1 - Utenti straniere dei consultori provenienti da paesi appartenenti all'U.E., per Distretto e nazionalità. Sreening della Cervice Uterina, dal 01/01/2015 al 31/12/2015 (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

STATO	DS O	DS 24	DS 25	DS 26	DS 27	DS 28	DS 29	DS 30	DS 31	DS 32	DS 33	TOT. STATO
BULGARIA	4		1		5	1	1	2	7		1	18
FRANCIA			1		2	1						4
GERMANIA			1	1			1			5		8
GRECIA									1			1
MALTA								1				1
POLONIA		1	4	1	2	3	2	2	4	2	1	22
REGNO UNITO			2				1				1	4
REPUBBLICA CECA			1		1							2
ROMANIA	2	2	6	4	5	2	6	1	11	4	6	47
SPAGNA					1							1
SVEZIA									1			1
TOTALE DISTRETTO	6	3	16	6	16	7	11	6	24	11	9	
TOTALE ASL	115											

Tab. 27 - ASL Napoli 1 - Totale assistite Straniere non appartenenti all'UE per età dal 01/01/2015 al 31/12/2015. Screening della cervice uterina (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

Stato	25<età	25<=età<=29	30<=età<=34	35<=età<=39	40<=età<=44	45<=età<=49	50<=età<=54	55<=età<=59	60<=età'<=64	65>età	Totale Stato
Afganistan	1										1
Albania	1	2	3	1	1	1					9
Angola					1						1
Argentina			1			1					2
Australia					1						1
Bangladesh		1									1
Brasile	1	5	3	7	2	1	1	2			22
Capo verde	1	1	3	2	1	1					9
Cecoslovacchia				1							1
Ceylon (sri lanka)		3	5	10	2	5	4	2	1		32
Cile						1					1
Cina				1	2	1					4
Colombia		1	1	1			2	2			7
Costa d'avorio		1									1
Croazia							1				1
Cuba		1	2	1	4	1					9
Dominica				1	1	1					3
Ecuador									1		1
Egitto									2		2
El salvador	1	1	2	2	1						7
Eritrea						1					1
Etiopia								1		1	2
Federazione russa		1	1	1	2	5	3	3	3		19
Filippine			2		4			1	1		8
Georgia			3	3	1			1			8
India		1									1

Iran								1			1
Jugoslavia	1	2		1							4
Kazakistan								1			1
Kirghizistan						1	1				2
Libia						1	2	1	1		5
Marocco				2			1	2			5
Messico			1	2	1						4
Mongolia				1							1
Apolidi					2	2	1	2	1		8
Nigeria		3	6	6				1			16
Pakistan		2	1								3
Peru'		1	3	2	1	1	1		1		10
Repub. Della moldavia							1		2		3
Repub. Di bielorussia		1	3			1	1				6
Repubblica dominicana		1	3	1	2	1	4	3			15
Senegal			1	2	1		1				5
Serbia	1										1
Somalia			1								1
Sudafrica					2						2
Sudan		1									1
Svizzera					2	1	1				4
Tunisia		1							1		2
Ucraina	3	12	8	16	14	19	23	21	12	1	129
Urss							1				1
Uzbekistan								1			1
Venezuela			1					1			2
Totale eta'	10	42	54	64	48	46	49	46	26	2	
Totale asl											387

Tab. 28 - ASL Napoli 1 - Totale straniere appartenenti all'UE assistite dai consultori per età dal 01/01/2015 al 31/12/2015.
Screening della cervice uterina. (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

Stato	25<età	25<=età <=29	30<=età <=34	35<=età <=39	40<=età <=44	45<=età <=49	50<=età <=54	55<=età <=59	60<=età <=64	65>età	Totale Stato
Bulgaria		2	2	4	1	5	3	5			22
Francia			1				3				4
Germania		2		1	2	1	1			1	8
Grecia		1									1
Malta									1		1
Polonia			3	5	4	5	1	3	1		22
Regno unito			1		1			2			4
Repubblica Ceca				1							1
Romania	2	14	8	11	4	7	1	2			49
Spagna						1	1				2
Svezia							1				1
Totale eta'	2	19	15	22	12	19	11	12	2	1	
Totale asl											115

Tab. 29 - ASL Napoli 1 – Totale assistite straniere non appartenenti all'UE dai cosultori, per distretto dal 01/01/2015 al 31/12/2015. Screening della cervice uterina (Fonte Unità Tutela Salute Donna)

Stato	DS 24	DS 25	DS 26	DS 27	DS 28	DS 29	DS 30	DS 31	DS 32	DS 33	TOTALE STATO
Albania								4			4
Argentina								1			1
Bangladesh								1			1
Brasile								2		1	3
Burkina faso							1	2			3
Capo verde				1				4			5
CEYLON (Sri lanka)								35			35
Cina								13			13
Costa d'avorio			1								1
Cuba				1				1			2
Dominica								1			1
El salvador								2			2
Federazione russa								2	1		3
Filippine								1			1
Georgia								5		1	6
Ghana								2			2
India								4			4
Jugoslavia					15			2			17
Kirghizistan							1	1			2
Marocco								3			3
Messico								1			1
Nazionalita' sconosciuta/ apo								1			1
Nigeria								15		2	17
Peru'				1				3			4
Repubblica della moldavia								2			2
Repubblica dominicana								1			1
Serbia					4			1			5
Stati uniti d'america								1			1
Svizzera								1			1
Tunisia								3			3
Turchia								1			1
Ucraina								24		2	26
Totale distretto	0	0	1	3	19	0	2	140	1	6	
Totale asl	172										

Tab. 30 - ASL Napoli 1 – - Utenti donne del Centro Tutela Salute Immigrati per nazionalità. Anno 2016 (Rielaborazione fonte C.T.S.I.)

Nazionalita'	Utenti	% sul Totale
Ucraina	698	20,8
Nigeria	632	18,8
Romania	364	10,8
Bulgaria	278	8,3
Georgia	198	5,9
Russia	186	5,5
El Salvador	126	3,8
Sénégal	106	3,2
Kirghizistan	78	2,3
Costa d'Avorio	68	2,0
Rep. Dominicana	68	2,0
Somalia	53	1,6
Marocco	51	1,5
Cina	47	1,4
Polonia	45	1,3
Sri Lanka	42	1,3
Camerun	34	1,0
Bielorussia	31	0,9
Pakistan	23	0,7
Ghana	22	0,7
Benin	15	0,4
Eritrea	13	0,4
Albania	12	0,4
Brasile	12	0,4
Colombia	11	0,3
Gambia	10	0,3
Moldavia	10	0,3
Algeria	9	0,3
Cuba	9	0,3
Siria	8	0,2
Turchia	8	0,2
Bangladesh	7	0,2
Cile	7	0,2
India	7	0,2
Tunisia	7	0,2
Jugoslavia	6	0,2
Burkina Faso	5	0,1
Guinea	5	0,1
Mali	5	0,1
Spagna	4	0,1

Comore	3	0,1
Germania	3	0,1
Kenya	3	0,1
Capo Verde	2	0,1
Libano	2	0,1
Paraguay	2	0,1
Peru	2	0,1
Rep. Dem. Congo	2	0,1
Rwanda	2	0,1
Tanzania	2	0,1
Ungheria	2	0,1
Azerbaijan	1	0,0
Bolivia	1	0,0
Filippine	1	0,0
Kazakistan	1	0,0
Lettonia	1	0,0
Messico	1	0,0
Mozambico	1	0,0
Nicaragua	1	0,0
Portogallo	1	0,0
Sudan	1	0,0
Thailandia	1	0,0
Togo	1	0,0
Uzbekistan	1	0,0
Vietnam	1	0,0
Totale	3359	100,00

Tab. 31 - ASL Na 1. Centro Tutela Salute Immigrati. Utenti donne per nazionalità e modalità di contatto al 31/12/2016 (Fonte CTSD)

STATO	1 o 2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	Altro	TOTALE
UCRAINA	16	26	22	80	20	429	6	22	77			698
NIGERIA	9	84	7	45	86	290		11	91	9		632
ROMANIA	20	3	2	47	10	191		6	75	10		364
BULGARIA	21	1		19	5	182		1	49			278
GEORGIA	1			14	2	152			29			198
RUSSIA	2	1		30	1	130		4	18			186
EL SALVADOR	6		2	31		82			5			126
SENEGAL	2	3	5	17		67		2	10			106
KIRGHIZISTAN	2		5	18		44			8		1	78
COSTA		34		2	9	20		2	1			68
REPUBBLICA	2			20		39		1	6			68
SOMALIA		16		1	5	30				1		53
MAROCCO	3		2	13	1	25			7			51
CINA					4	24			19			47
POLONIA		2	2	4	1	25		3	8			45
SRI LANKA	5	1		5		20			11			42
CAMERUN		15			4	9			5		1	34
BIELORUSSIA					1	26			4			31
PAKISTAN	1	7	1	3	4	3			4			23
GHANA	2	3				13			4			22
BENIN		8			2	4			1			15
ERITREA		11							2			13
ALBANIA				8		3			1			12
BRASILE						12						12
COLOMBIA						10			1			11
GAMBIA		5			2	2			1			10
MOLDAVIA				3		5			2			10
ALGERIA	1	1						5	2			9
CUBA						6		2	1			9
SIRIA					8							8
TURCHIA						8						8
BANGLADESH		3		1		3						7
CILE				3		4						7
INDIA				3		2			2			7
TUNISIA			6						1			7
ALTRO	3	9		6	5	18		2	21			64
TOTALE	93	224	54	367	165	1860	6	59	445	20		3359
TOTALE ASL												
LEGENDA CODICI	(1 O 2) Pronto soccorso		(3) Privato sociale		(4) Ambulatorio ascalesi		(5) Altro Ambulatorio		(7) Appuntamento		(8) Utente (già presente)	
	(9) Da ricovero ospedale Ascalesi		(10) Da ricovero altro ospedale		(11) "I am I am" o passaparola		(12) Mediatore					

Tab. 32 ASL Na 1 - Centro Tutela Salute Immigrati. Utenti donne per nazionalità e motivazioni di accesso al 31/12/2016 (Fonte CTST)

STATO	Card	Derm	End	Ge	Gyn	Inf	Medleg	Oft	Onco	Orl	Ort	Ost	Pn	Psy	Reum	Stom	Altro	TOTALE
UCRAINA	62	37	73	70	44	80	25	26	66	18	61	23	24	15	26	13	34	697
NIGERIA	20	24	4	32	124	192	26	6		11	25	117	16	12	4	2	17	632
ROMANIA	19	33	5	14	48	27	51	2	6	20	38	24	16	12	7	13	29	364
BULGARIA	55	16	25	6	24	16	24	2	20	8	30	14	20	8	3	2	5	278
GEORGIA	73	14	17	18	31	4	2	4	2	4	16		6	2		1	4	198
RUSSIA	20	11	21	14	12	14	8	5	29	10	16		14	1	3	3	5	186
EL SALVADOR		6	2	17	25	2	1			19		41	2			3	8	126
SENEGAL	2	6	6	11	18	5	2	1			12	22	2		1	14	3	105
KIRGHIZISTAN	1	6	2	3	10	11	2	1		1	15	17			6	1	2	78
COSTA D'AVORIO		2		2	2	42	5	4			1	8			1	1		68
DOMINICANA	13	6	23	2	7	1	3	1		3	1	3				2	3	68
SOMALIA	9	4		6	2	22					1	1			7		1	53
MAROCCO		11	7		4		2	1			2	17	2	1		3	1	51
CINA		3	6	3	7	4	1	6		2	2	1	3		6	2	1	47
POLONIA	2	12		2	2		3	3	1	7	7		2				4	45
SRI LANKA	1	3	17	1	3	3	4				3	3			1	2	1	42
CAMERUN	1				6	21					4	1					1	34
BIELORUSSIA	2	5	4	5		1				3	5		1		5			31
PAKISTAN	1	2		5	2		1	3				1	4	1		1	2	23
GHANA				4	12	2	1			2			1					22
BENIN				1	3	5	1				2	1					2	15
ERITREA						8	3					1					1	13
ALBANIA		2		1					8		1							12
BRASILE		1		2	6	1							2					12
COLOMBIA			9												2			11
GAMBIA		1	2	1		6												10
MOLDAVIA					4						1			4	1			10
ALGERIA	4		1				1		1		1	1						9
CUBA		1	1	3	1											3		9
SIRIA						8												8
TURCHIA														8				8
BANGLADESH		1		1				1				3				1		7
CILE		1													6			7
INDIA				1	1		1				2	2						7
TUNISIA			4					2				1						7
JUGOSLAVIA			3				1		2									6
BURKINA FASO						4						1						5
GUINEA					2	1						1					1	5
MALI		1				2			1				1					5
ALTRO	3	3	2	2	1	11	9	3	2	1	1	1	0	0	0	1	3	43
TOTALE	285	208	232	225	400	480	168	68	135	108	246	304	115	64	79	67		
TOTALE ASL																		3357
LEGENDA	Cardiologia: Card			Gastroenterologia: Ge			Certificazioni o primo accesso: Medleg			Otorinolaringoiatra: Orl			Pneumologia: Pn			Odontoiatria: Stom		
	Dermatologia: Derm			Ginecologia: Gyn			Oculistica: Oft			Ortonedia: Ort			Psichiatria: Psv					
	Endocrinologia: End			Malattie infettive: Inf			Oncologia: Onco			Ostetricia: Ost			Reumatologia: Reum					

Tabelle allegate Capitolo VII

Tab. 33 - Stranieri residenti nel Comune di Pisa, provenienti da paesi a forte pressione migratoria, al 31/12/2016 - Prime venticinque collettività (Rielaborazione su fonte Istat).

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale res. Stranieri	% donne
Filippine	717	832	1549	13,3	53,7
Albania	784	740	1524	13,1	48,6
Romania	523	984	1507	12,9	65,3
Bangladesh	594	217	811	7	26,8
Senegal	525	106	631	5,4	16,8
Ucraina	106	523	629	5,4	83,1
Macedonia	299	297	596	5,1	49,8
Polonia	84	358	442	3,8	81
Marocco	192	147	339	2,9	43,4
Cina Rep. Popolare	171	160	331	2,8	48,3
Brasile	117	174	291	2,5	59,8
Georgia	51	210	261	2,2	80,5
India	99	161	260	2,2	61,9
Moldova	75	149	224	1,9	66,5
Tunisia	150	58	208	1,8	27,9
Bulgaria	23	149	172	1,5	86,6
Ecuador	63	93	156	1,3	59,6
Nepal	83	62	145	1,2	42,8
Taiwan	50	52	102	0,9	51
Pakistan	83	14	97	0,8	14,4
Nigeria	61	26	87	0,7	29,9
Russia Federazione	15	57	72	0,6	79,2
Somalia	53	11	64	0,5	17,2
Iran	23	31	54	0,5	57,4
Turchia	31	23	54	0,5	42,6
Altro	500	548	1048	8,9	52,2
Totale	5472	6182	11654	100	53

Tab. 34 - Incidenza di donne straniere residenti nel Comune di Pisa provenienti da paesi a forte pressione migratoria al 31/12/2016 (Fonte Istat)

Nazionalità	Maschi	Femmine	Tot.	% sul totale residenti Stranieri	% donne	% donne sul totale delle donne
Romania	523	984	1507	12,9	65,3	15,92
Filippine	717	832	1549	13,3	53,7	13,46
Albania	784	740	1524	13,1	48,6	11,97
Ucraina	106	523	629	5,4	83,1	8,46
Polonia	84	358	442	3,8	81	5,79
Macedonia	299	297	596	5,1	49,8	4,8
Bangladesh	594	217	811	7	26,8	3,51
Georgia	51	210	261	2,2	80,5	3,4
Brasile	117	174	291	2,5	59,8	2,81
India	99	161	260	2,2	61,9	2,6
Cina Rep. Popolare	171	160	331	2,8	48,3	2,59
Moldova	75	149	224	1,9	66,5	2,41
Bulgaria	23	149	172	1,5	86,6	2,41
Marocco	192	147	339	2,9	43,4	2,38
Senegal	525	106	631	5,4	16,8	1,71
Ecuador	63	93	156	1,3	59,6	1,5
Nepal	83	62	145	1,2	42,8	1
Tunisia	150	58	208	1,8	27,9	0,94
Federazione Russia	15	57	72	0,6	79,2	0,92
Altro	801	705	1506	12,9	46,8	11,4
Totale	5472	6182	11654	100	53,0	100

Tab. 35 - Utenti italiane e straniere dei consultori della ex ASL 5 di Pisa – Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizi Flussi Informativi ESTAR)

Zona struttura	Anno	Italiano	Straniero	Totale donne	% Straniere
Alta Val di Cecina	2013	3913	546	4459	12,2
	2014	3582	589	4171	14,1
	2015	3449	510	3959	12,9
Pisa	2013	13840	2077	15917	13
	2014	13021	2455	15476	15,9
	2015	11827	1920	13747	14
Valdera	2013	10168	1192	11360	10,5
	2014	9900	1532	11432	13,4
	2015	10588	1449	12037	12

Tab. 36 - Utenti italiane e straniere al 2015 dei consultori dell'ex ASL 5 di Pisa (Fonte Servizi Flussi Informativi ESTAR)

	Italiano	Straniero	Totale	% Utenti straniere e italiane per zona
Alta val di cecina	3449	510	3959	13,3
Pisa	11827	1920	13747	46,2
Valdera	10588	1449	12037	40,5

Tab. 37 - Utenti dell'ex ASL 5 di Pisa. Prime venti nazionalità. Anno 2015
(Rieleborazione dati su Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

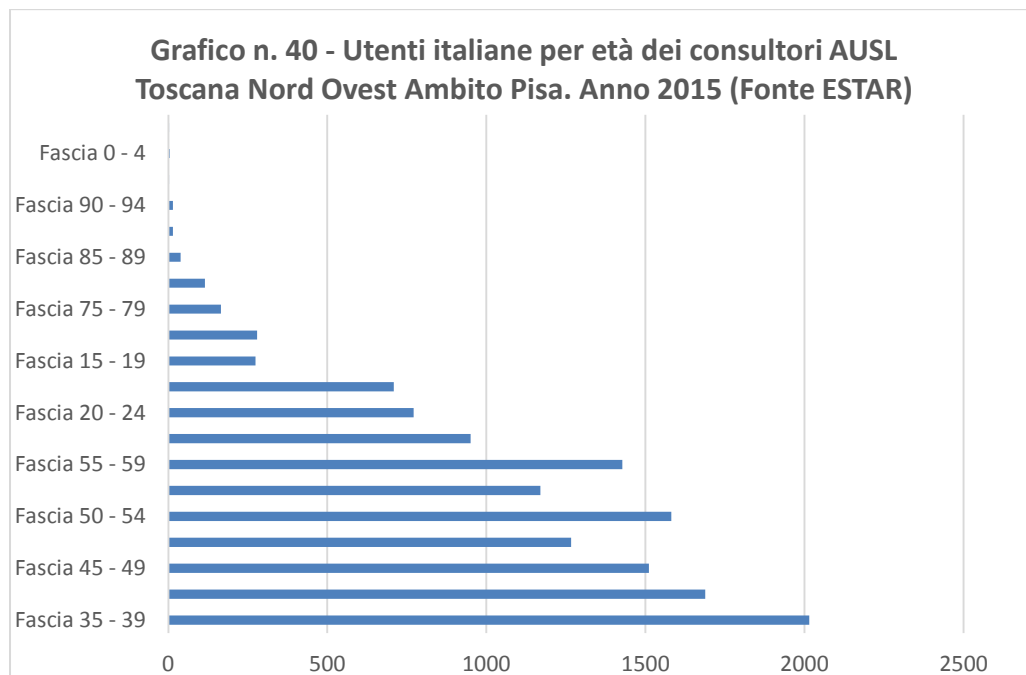
Nazionalità	Utenti al 2015	% sul totale
Albania	768	21,4
Romania	702	19,5
Marocco	261	7,3
Ucraina	196	5,5
Senegal	176	4,9
Polonia	152	4,2
Filippine	120	3,3
Macedonia	94	2,6
Cina	88	2,5
Nigeria	74	2,1
Bulgaria	71	2,0
Georgia	69	1,9
Moldavia	63	1,8
Brasile	62	1,7
Russia	55	1,5
Repubblica Dominicana	36	1,0
Francia	34	0,9
Cuba	31	0,9
Bangladesh	29	0,8
Iugoslavia	29	0,8
Altro	481	13,4
Totale	3591	100,0

Tab. 38 - Utenti italiane e straniere dei consultori dell' AUSL Toscana Nord Ovest - Ambito Pisa al 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR).

Consultori Ausl Toscana - Ambito Pisa al 2015	Italiano	Straniero	Totale	% donne straniere
Marina di Pisa - consultorio familiare	369	92	461	20
Navacchio - consultorio familiare	1653	400	2053	19,5
Pisa - CEP - consultorio immigrati	38	246	284	86,6
Pisa - consultorio adolescenti - via torino	688	56	744	7,5
Pisa - via Garibaldi - proiezione consultorio familiare pisa via torino	97	22	119	18,5
Pisa - via Torino - consultorio familiare	7707	1212	8919	13,6
San Giuliano Terme - consultorio familiare	2533	265	2798	9,5

**Tab. 39 - Utenti italiane e straniere dei consultori AUSL Toscana Nord Ovest
- Ambito Pisa Trend 2013- 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)**

Zona struttura – Struttura ambito Pisa	Anno	Italiano	Straniero	Tot.	% Donne straniere
Marina di Pisa - consultorio familiare	2013	368	85	453	18,8
	2014	519	118	637	18,5
	2015	369	92	461	20
Navacchio - consultorio familiare	2013	1949	431	2380	18,1
	2014	1700	449	2149	20,9
	2015	1653	400	2053	19,5
Pisa - CEP - consultorio adolescenti	2013	64	6	70	8,6
	2014	1		1	0
Pisa - CEP - consultorio familiare	2013	1433	334	1767	18,9
	2014	2	7	9	77,8
Pisa - CEP - consultorio immigrati	2013	82	275	357	77
	2014	43	251	294	85,4
	2015	38	246	284	86,6
Pisa - consultorio adolescenti - via Torino	2013	657	57	714	8
	2014	704	69	773	8,9
	2015	688	56	744	7,5
Pisa - via Garibaldi - proiezione consultorio familiare Pisa via Torino	2013	197	56	253	22,1
	2014	148	37	185	20
	2015	97	22	119	18,5
Pisa - via Torino - consultorio familiare	2013	7643	1070	8713	12,3
	2014	8458	1611	10069	16
	2015	7707	1212	8919	13,6
San Giuliano Terme - consultorio familiare	2013	3262	291	3553	8,2
	2014	2733	327	3060	10,7
	2015	2533	265	2798	9,5



Tab. 41 - Marina di Pisa – Consultorio familiare. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014	2015
Italiano	368	519	369
Straniero	85	118	92
% stranieri	23,1	22,7	24,9
	2013	2014	2015
Albania	17	24	23
Romania	22	16	10
Polonia	3	8	6
Marocco	3	5	4
Ucraina	3	2	6
Senegal		5	7
Filippine	4	3	4
Macedonia	4	4	
Moldavia	3	3	2
Russia	2	5	2
Bangladesh	1	5	2
Brasile	3		2
Bulgaria	2	2	
Ceca, repubblica		4	2
Cina		2	1
Dominicana, repubblica	1	1	3
Georgia		3	1
Germania	2	3	

Cuba	1	1	2
Francia		1	2
Peru'	1	3	1
Tunisia	3	1	1
Ecuador	3	1	1
Iugoslavia		1	1
Nepal		1	1
Nigeria		3	
Argentina	1		1
Serbia,repubblica		2	
Spagna			
Stati uniti d'america	1	1	1
Algeria		1	
Bielorussia			1
Bolivia		1	
Eritrea	1		
Estonia			1
Giappone		1	
India	1		
Iraq			1
Kazakistan	1		
Kosovo		1	
Lituania		1	
Nd	1		
Pakistan			1
Portogallo		1	
Regno unito		1	
Slovacchia	1	1	
Sudan			1
Svizzera			1
Thailandia			
Ungheria			
Totale	85	118	92

Tab. 42 - Navacchio – Consultorio Familiare. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014	2015
Italiano	1949	1700	1654
Straniero	431	449	399
% stranieri	22,1	26,4	24,1
	2013	2014	2015
Albania	107	105	94
Romania	78	70	71
Marocco	48	42	30
Senegal	28	41	32
Polonia	25	16	17
Ucraina	11	12	20
Filippine	12	15	8
Cina	8	13	10
Macedonia	13	15	8
Nigeria	10	13	3

Georgia	5	9	10
Brasile	8	9	8
Moldavia	5	6	5
Russia	6	7	4
Bulgaria	5	3	5
Cuba	7	2	6
Francia	7	3	3
Tunisia	5	4	3
Iugoslavia	3	4	7
Ecuador	1	6	1
Spagna	2	5	2
Germania	3	3	2
Kosovo	2	5	5
Nepal	1	1	3
Serbia,repubblica	4	3	1
Camerun		1	2
Irlanda		3	2
Sri lanka (già Ceylon)		2	3
Bosnia-erzegovina	2	1	2
Pakistan		1	1
Peru'		3	1
Regno unito	3		1
Stati uniti d'america	1		
Bangladesh	2		1
Colombia			2
Repubblica Dominicana	2	1	1
Etiopia		2	
India	1		
Niger		2	2
Paesi bassi			3
Portogallo	1	1	
Slovacchia	1		1
Turchia	1	2	
Ungheria		2	1
Argentina	1	1	
Bolivia		2	1
Canada		1	1
Repubblica Ceca	1		1
Dominica			
Eritrea	2		
Kazakistan		1	
Montenegro			2
Nd		1	
Siria			2
Svizzera	2		
Venezuela			2
Algeria		1	
Armenia	1	1	
Australia	1		
Austria	1		
Bielorussia		1	
Burkina faso (alto volta)		1	
Capo verde		1	

Cile			1
Costarica			1
Egitto			
Finlandia	1		
Ghana			
Giappone		1	1
Giordania		1	
Iran			1
Iraq	1		
Israele			
Lituania			1
Maurizio		1	
Messico		1	
Paraguay			
Somalia			
Repubblica Sudafrica			1
Sudan			1
Taiwan (formosa)	1	1	
Thailandia			1
Tonga	1		
Trinidad e tobago			1
Totale	431	449	399

Tab. 43 - Pisa - CEP - Consultorio Adolescenti. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014
Italiano	64	1
Straniero	6	
	2013	
Albania	2	
Ucraina	2	
Colombia	1	
Ecuador	1	
Totale	6	

Tab. 44 - Pisa - CEP - Consultorio Familiare. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014
Italiano	1434	2
Straniero	333	7
% stranieri	23,2	
	2013	2014
Albania	53	1
Romania	52	
Filippine	31	
Macedonia	19	2
Polonia	19	
Ucraina	14	
Brasile	13	
Spagna	6	
Cina	5	
Etiopia	4	
Nigeria	2	2
Iugoslavia	3	
Cuba	2	
Repubblica dominicana	2	
Francia	2	
Kosovo	2	1
Nepal	2	
Pakistan	2	
Repubblica Serbia	2	
Stati Uniti d'America	2	
Tunisia	2	
Austria	1	
Canada	1	
Cile	1	
Congo	1	
Germania	1	
Giordania	1	
Honduras	1	
India	1	
Lettonia	1	
Libia	1	
Lituania	1	
Messico	1	
Nd	1	
Paesi bassi	1	
Portogallo	1	
Slovacchia	1	
Somalia	1	
Sri lanka (già ceylon)	1	
Sudan	1	
Thailandia	1	
Togo	1	
Ungheria	1	
Totale	261	6

Tab. 45 - Pisa - CEP - Consultorio Immigrati. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014	2015
Straniero	275	251	246
Italiano	82	43	38
% italiani	0,3	0,2	0,2
	2013	2014	2015
Macedonia	59	53	48
Romania	44	32	31
Albania	24	25	28
Nigeria	25	22	28
Marocco	14	19	12
Filippine	15	5	9
Bangladesh	17	19	14
Georgia	8	9	4
Senegal	5	13	9
Iugoslavia	9	7	11
Ucraina	12	3	4
Brasile	5	3	3
Cina	2	6	2
Moldavia	2	5	4
India	3	5	5
Nepal	1	1	5
Polonia	1	1	5
Tunisia	5	3	2
Ecuador	4		
Russia	3		
Bosnia-Erzegovina		2	2
Camerun		1	
Costa d'Avorio			
Etiopia	3	1	1
Repubblica Serbia		2	1
Algeria	1	1	1
Bulgaria	1		1
Congo	1	1	
Croazia	1		1
Cuba		2	1
Repubblica Dominicana			1
Germania	1		
Kosovo	1	1	
Pakistan			1
Peru'	1	1	1
Slovenia	1	1	
Somalia		1	1
Bolivia	1		
Canada			1
Ciad			
Colombia			1
Eritrea		1	
Gambia			
Ghana			1

Giordania	1		
Guinea	1		1
Guinea Equatoriale			1
Irlanda	1		
Israele		1	
Libia	1		
Montenegro			1
Nd			1
Sierra leone			1
Siria		1	
Spagna		1	
Repubblica Sudafrica		1	1
Sudan	1		
Turchia			
Ungheria		1	
Venezuela			1
Totale	275	251	246

Tab. 46 - Pisa - Consultorio Adolescenti - Via Torino. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014	2015
Italiano	657	704	688
Straniero	57	69	56
% stranieri	8,7	9,8	8,1

	2013	2014	2015
Albania	11	13	11
Romania	9	8	6
Ucraina	5	6	4
Filippine	2	2	4
Marocco	1	10	3
Polonia	2	6	7
Moldavia	2	1	3
Macedonia	1	1	2
Cina	4		1
Senegal	2	2	2
Brasile	1	1	1
Germania	2	1	1
Iran		1	
Tunisia	2	1	
Bangladesh		2	1
Bulgaria		1	2
Ecuador	1	1	
Iugoslavia	1	1	
Nepal	1	1	
Repubblica Serbia			1
Algeria		1	
Argentina	1	1	1
Bielorussia			1
Burkina Faso (Alto Volta)	1		

Colombia	1		
Congo		1	
Cuba	1		
Repubblica Dominicana		1	
Eritrea			1
Etiopia			1
Francia		1	
Giordania	1		
Grecia		1	
Honduras	1		
India			1
Israele	1		
Kosovo		1	
Lettonia	1	1	1
Nigeria	1	1	1
Somalia	1		
Turchia		1	
Totale	57	69	56

Tab. 47 - Pisa - Via Garibaldi - Proiezione Consultorio Familiare Pisa Via Torino. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

	2013	2014	2015
Italiano	197	148	97
Straniero	56	37	22

	2013	2014	2015
Albania	15	7	3
Romania	13	4	7
Filippine	2	3	2
Polonia	3	4	
Cina	1	3	3
Marocco		4	1
Macedonia	2	1	1
Nigeria	2	2	
Senegal	3		1
Brasile	2	1	
Ucraina		3	
Bangladesh	2		
Cuba	1	1	
Algeria		1	
Argentina	1		
Australia	1		
Bulgaria	1		
Repubblica Dominicana			1
Ecuador	1		
Eritrea	1		
Irlanda		1	

Kosovo		1	
Moldavia	1		
Nepal		1	
Peru'	1		
Portogallo	1		
Slovacchia			1
Spagna			1
Stati Uniti d'America	1		
Tunisia	1		
Turchia			1
Totale	56	37	22

Tab. 48 - Pisa - Via Torino - Consultorio Familiare. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014	2015
Italiano	7644	8460	7708
Straniero	1069	1609	1211
% Stranieri	14,0	19,0	15,7

	2013	2014	2015
Albania	195	240	255
Romania	181	281	190
Ucraina	71	130	86
Filippine	77	128	86
Polonia	56	94	59
Marocco	42	63	48
Brasile	40	55	36
Georgia	30	47	30
Bulgaria	21	42	28
Moldavia	30	42	21
Bangladesh	23	36	22
Cina	25	37	30
Macedonia	22	32	21
Senegal	16	33	27
Russia	28	29	22
Ecuador	20	19	14
Spagna	11	26	12
Francia	11	16	13
Cuba	5	20	11
Tunisia	9	13	13
Germania	5	19	11
Nigeria	9	9	10
Peru'	12	8	7
Nepal	4	12	11
India	5	7	11
Repubblica Dominicana	4	7	10
Iugoslavia	4	8	9
Repubblica Serbia	4	7	6
Repubblica Ceca	8	5	4
Bielorussia	5	6	1
Regno unito	6	6	5
Ungheria	5	7	2
Argentina	5	5	5
Etiopia	6	5	1

Paesi bassi	4	4	5
Kosovo	3	6	4
Grecia	3	3	1
Irlanda	4	5	6
Stati Uniti d'America	2	4	4
Camerun	4	3	6
Dominica	2	2	2
Giappone	1	4	4
Turchia	1	5	2
Algeria	3	4	3
Colombia	2	5	2
Congo	2	2	2
Iran		3	4
Messico	3	2	3
Pakistan	2	1	1
Finlandia	3	1	2
Giordania	3	4	2
Thailandia		6	
Slovacchia	2	2	3
Sri Lanka (già Ceylon)	2	2	2
Egitto		3	3
Israele	1	2	1
Svizzera	1	2	2
Venezuela	2	2	1
Bolivia		2	1
Bosnia-Erzegovina	3	1	
Cile	1		2
Costarica	1	1	
Croazia			2
Estonia	1	1	1
Armenia	1	1	1
Austria	1	1	
Danimarca	1	2	
Eritrea	2	1	1
Kazakistan	1	3	
Nd		1	
Portogallo	2	2	1
Siria		1	1
Repubblica Sudafrica		2	
Burkina Faso (Alto Volta)	2	1	1
Canada		1	2
Costa d'Avorio		1	1
Guinea		2	
Guinea Equatoriale			1
Honduras	1		
Iraq		1	1
Lettonia		2	
Libano			1
Niger	1	1	1
Paraguay	1		
Somalia			1
Togo		1	1
Australia		1	
Belgio		1	
Benin (ex Dahomey)			
Capo verde			1
Corea del sud	1	1	
El salvador		1	

Ghana			1
Kenia	1		
Liberia		1	1
Libia	1		
Lussemburgo			1
Montenegro	1		
Mozambico		1	
Myanmar (ex Birmania)	1		
Norvegia		1	
Singapore			1
Slovenia			1
Svezia		1	
Taiwan (Formosa)		1	
Tonga			1
Uzbekistan			1
Vietnam			1
Totale	1069	1609	1211

Tab. 49 - San Giuliano Terme - Consultorio Familiare. Utenti italiane e straniere per nazionalità. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR.)

	2013	2014	2015
Italiano	3262	2736	2538
Straniero	291	324	260
	2013	2014	2015
Albania	68	78	66
Romania	63	77	58
Ucraina	17	16	13
Polonia	16	17	12
Marocco	19	15	13
Brasile	4	11	6
Filippine	17	2	3
Moldavia	10	14	5
Bulgaria	9	9	2
Georgia	3	9	9
Russia	7	10	6
Senegal	9	4	3
Cuba	4	7	5
Cina	6	4	3
Germania	3	7	2
Colombia	2	2	3
Ecuador	7	1	1
Macedonia	2	3	2
Spagna	2	3	3
Repubblica Dominicana	3	1	3
Francia		1	5
Nigeria		3	2
Stati Uniti d'America	1	2	1
India	2	2	1
Peru'	3	2	1

Irlanda	1	2	1
Iugoslavia		2	1
Portogallo	1	1	2
Regno unito	1		2
Sri Lanka (già Ceylon)		1	2
Tunisia	2	2	1
Argentina		2	
Bangladesh	1		2
Grecia		2	2
Kosovo	1		2
Paesi bassi		1	2
Repubblica Serbia	2		
Bielorussia		2	
Capo Verde	1		1
Repubblica Ceca	1		1
Congo		1	1
Etiopia			1
Lettonia		1	2
Ungheria			1
Armenia	1	1	
Belgio			1
Camerun			1
Costarica			1
Dominica		1	
Eritrea	1		
Finlandia	1		
Ghana			1
Giappone			1
Iran		1	
Libano		1	
Nd			
Niger			1
Pakistan		1	
Siria		1	
Slovacchia			1
Svizzera			
Thailandia			1
Togo		1	
Uzbekistan			
Venezuela			
Totale	291	324	260

Tab. 50 - Consultorio di via Torino AUSL Toscana Nord Ovest Ambito Pisa. Principali nazionalità delle utenti straniere. Anno 2015. (Rielaborazione su dati del Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Utenti (paesi a forte pressione migratoria)	% sul Totale delle straniere
Albania	255	22,1
Romania	190	16,5
Ucraina	86	7,5
Filippine	86	7,5
Polonia	59	5,1
Marocco	48	4,2
Brasile	36	3,1
Georgia	30	2,6
Cina	30	2,6
Bulgaria	28	2,4
Senegal	27	2,3
Bangladesh	22	1,9
Russia	22	1,9
Moldavia	21	1,8
Macedonia	21	1,8
Ecuador	14	1,2
Tunisia	13	1,1
Cuba	11	1,0
Nepal	11	1,0
India	11	1,0
Altro	132	11,4
Totale	1153	100

Tab. 51 – Consultorio di via Torino AUSL Toscana Area Nord Ovest Ambito Pisa. Motivazioni di accesso delle utenti straniere. Trend 2013 – 2015. (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Motivazioni	2013	2014	2015
Prevenzione oncologica	698	1187	778
Maternità	245	330	363
Altre tematiche ginecologiche (attività di tipo ambulatoriale)	113	148	129
Contraccezione	39	47	49
IVG	16	26	32
Menopausa	13	18	16
Abuso e maltrattamento	18	15	21
Disagio	15	15	15
Sterilità	2		
MST	1	3	1
Adozione e affidamento		2	2
Sviluppo e crescita (dal punto di vista clinico)	1	1	1
Disturbi della condotta alimentare		1	
Mutilazione genitali femminili			1
Sessualità		1	1
Area pediatrica			1
Totale	1161	1794	1410

Tab. 52 - Consultorio Immigrati AUSL Toscana Nord Ovest Ambito Pisa. Motivazioni di accesso delle utenti straniere. Trend 2010 – 2013. (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Motivi di accesso	2013	2014	2015	% sul totale al 2015
Maternità	151	90	111	34,3
Altre tematiche ginecologiche (attività di tipo ambulatoriale)	77	83	85	26,2
Contraccezione	72	68	75	23,1
Prevenzione oncologica	37	50	23	7,1
IVG	20	30	15	4,6
Menopausa	7	5	3	0,9
MST	4	2	4	1,2
Disagio	1	9		0,0
Abuso e maltrattamento	2	7	3	0,9
Sterilità	2	1	3	0,9
Sviluppo e crescita (dal punto di vista clinico)			2	0,6
Area pediatrica				0,0
Nessuna	1			0,0
Toltale	374	345	324	100,00

Tab. 53 – Consultorio Immigrati AUSL Toscana Nord Ovest Ambito Pisa. Principali nazionalità delle utenti al 2015 (Rielaborazione su dati del Servizio Flussi Informativi - ESTAR)

Nazionalità	Totale	% sul totale
Macedonia	48	19,5
Romania	31	12,6
Albania	28	11,4
Nigeria	28	11,4
Bangladesh	14	5,7
Marocco	12	4,9
Iugoslavia	11	4,5
Filippine	9	3,7
Senegal	9	3,7
India	5	2,0
Nepal	5	2,0
Polonia	5	2,0
Georgia	4	1,6
Ucraina	4	1,6
Moldavia	4	1,6
Brasile	3	1,2
Cina	2	0,8
Atro	24	9,8
Totale	222	100,0

Tab. 54 - AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Motivazioni delle utenti italiane che si rivolgono ai consultori. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Motivazioni zona pisana	2013	2014	2015	% per il 2015
Prevenzione oncologica	9607	9368	8103	59,5
Maternità	2171	2066	2077	15,2
Altre tematiche ginecologiche (attività di tipo ambulatoriale)	2008	1513	1555	11,4
Contraccezione	889	788	810	5,9
Menopausa	609	451	456	3,3
Disagio	186	233	226	1,7
IVG	93	97	110	0,8
Sessualità	92	69	85	0,6
MST	86	94	48	0,4
Sviluppo e crescita (dal punto di vista clinico)	70	79	72	0,5
Abuso e maltrattamento	45	36	49	0,4
Adozione e affidamento	37	38	28	0,2
Disturbi della condotta alimentare	9	7	5	0,0
Area pediatrica		16	1	0,0
Sterilità	3	5	1	0,0
Genetica				0,0
Totale	15905	14860	13626	100

Tab. 55 - IVG Consultori dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità IVG	2013	2014	2015	% IVG AL 2015
Italiano	13840	13021	11827	86,0
Straniero	2077	2455	1920	14,0
Totale zona	15917	15476	13747	100,0

Tab. 56 – IVG MARINA DI PISA - Consultorio Familiare. Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	368	519	369
	Totale	368	519	369
Straniero	Albania	17	24	23
	Algeria		1	
	Argentina	1		1
	Bangladesh	1	5	2
	Bielorussia			1
	Bolivia		1	
	Brasile	3		2
	Bulgaria	2	2	
	Repubblica Ceca		4	2
	Cina		2	1
	Cuba	1	1	2
	Repubblica Dominicana	1	1	3
	Ecuador	3	1	1
	Eritrea	1		
	Estonia			1
	Filippine	4	3	4
	Francia		1	2
	Georgia		3	1
	Germania	2	3	
	Giappone		1	
	India	1		
	Iraq			1
	Iugoslavia		1	1

Kazakistan	1		
Kosovo		1	
Lituania		1	
Macedonia	4	4	
Marocco	3	5	4
Moldavia	3	3	2
Nd	1		
Nepal		1	1
Nigeria		3	
Pakistan			1
Peru'	1	3	1
Polonia	3	8	6
Portogallo		1	
Regno unito		1	
Romania	22	16	10
Russia	2	5	2
Senegal		5	7
Repubblica Serbia		2	
Slovacchia	1	1	
Spagna			
Stati Uniti d'America	1	1	1
Sudan			1
Svizzera			1
Thailandia			
Tunisia	3	1	1
Ucraina	3	2	6
Ungheria			
Totale	85	118	92

Tab. 57 – IVG - NAVACCHIO - Consultorio Familiare. Donne straniere e italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	1949	1700	1654
	Totale	1949	1700	1654
Straniero	Albania	107	105	94
	Algeria		1	
	Argentina	1	1	
	Armenia	1	1	
	Australia	1		
	Austria	1		
	Bangladesh	2		1
	Bielorussia		1	
	Bolivia		2	1
	Bosnia-erzegovina	2	1	2
	Brasile	8	9	8
	Bulgaria	5	3	5
	Burkina Faso (Alto Volta)		1	
	Camerun		1	2
	Canada		1	1
	Capo verde		1	
	Ceca, repubblica	1		1
	Cile			1
	Cina	8	13	10
	Colombia			2
	Costarica			1
	Cuba	7	2	6
	Dominica			
	Repubblica Dominicana	2	1	1
	Ecuador	1	6	1
	Egitto			
	Eritrea	2		
	Etiopia		2	
	Filippine	12	15	8
	Finlandia	1		
	Francia	7	3	3
	Georgia	5	9	10
	Germania	3	3	2
	Ghana			
	Giappone		1	1
	Giordania		1	

	India	1		
	Iran			1
	Iraq	1		
	Irlanda		3	2
	Israele			
	Iugoslavia	3	4	7
	Kazakistan		1	
	Kosovo	2	5	5
	Lituania			1
	Macedonia	13	15	8
	Marocco	48	42	30
	Maurizio		1	
	Messico		1	
	Moldavia	5	6	5
	Montenegro			2
	Nd		1	
	Nepal	1	1	3
	Niger		2	2
	Nigeria	10	13	3
	Paesi bassi			3
	Pakistan		1	1
	Paraguay			
	Peru'		3	1
	Polonia	25	16	17
	Portogallo	1	1	
	Regno Unito	3		1
	Romania	78	70	71
	Russia	6	7	4
	Senegal	28	41	32
	Repubblica Serbia	4	3	1
	Siria			2
	Slovacchia	1		1
	Somalia			
	Spagna	2	5	2
	Sri lanka (già Ceylon)		2	3
	Stati Uniti d'America	1		
	Repubblica Sudafrica			1
	Sudan			1
	Svizzera	2		
	Taiwan (Formosa)	1	1	
	Thailandia			1
	Tonga	1		
	Trinidad e Tobago			1
	Tunisia	5	4	3
	Turchia	1	2	

	Ucraina	11	12	20
	Ungheria		2	1
	Venezuela			2
	Totale	431	449	399

Tab. 58 – IVG - PISA - CEP -Consultorio Adolescenti Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014
Italiano	Italia	64	1
	Totale	64	1
Straniero	Albania	2	
	Colombia	1	
	Ecuador	1	
	Ucraina	2	
	Totale	6	

Tab. 59 – IVG PISA - CEP - Consultorio Familiare. Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014
Italiano	Italia	1434	2
	Totale	1434	2
Straniero	Albania	53	1
	Austria	1	
	Bangladesh	11	
	Brasile	13	
	Bulgaria	7	
	Canada	1	
	Cile	1	
	Cina	5	
	Congo	1	
	Cuba	2	
	Repubblica Dominicana	2	
	Ecuador	7	
	Etiopia	4	
	Filippine	31	
	Francia	2	
	Georgia	7	
	Germania	1	

Giordania	1	
Honduras	1	
India	1	
Iugoslavia	3	
Kosovo	2	1
Lettonia	1	
Libia	1	
Lituania	1	
Macedonia	19	2
Marocco	13	
Messico	1	
Moldavia	10	
Nd	1	
Nepal	2	
Nigeria	2	2
Paesi bassi	1	
Pakistan	2	
Peru'	6	
Polonia	19	
Portogallo	1	
Romania	52	
Russia	6	
Senegal	5	1
Repubblica Serbia	2	
Slovacchia	1	
Somalia	1	
Spagna	6	
Sri Lanka (già Ceylon)	1	
Stati Uniti d'America	2	
Sudan	1	
Thailandia	1	
Togo	1	
Tunisia	2	
Ucraina	14	
Ungheria	1	
Totale	333	7

Tab. 60 – IVG - PISA - CEP - Consultorio Immigrati Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	82	43	38
	Totale	82	43	38
Straniero	Albania	24	25	28
	Algeria	1	1	1
	Bangladesh	17	19	14
	Bolivia	1		
	Bosnia-Erzegovina		2	2
	Brasile	5	3	3
	Bulgaria	1		1
	Camerun		1	
	Canada			1
	Ciad			
	Cina	2	6	2
	Colombia			1
	Congo	1	1	
	Costa d'Avorio			
	Croazia	1		1
	Cuba		2	1
	Repubblica Dominicana			1
	Ecuador	4		
	Eritrea		1	
	Etiopia	3	1	1
	Filippine	15	5	9
	Gambia			
	Georgia	8	9	4
	Germania	1		
	Ghana			1
	Giordania	1		
	Guinea	1		1
	Guinea Equatoriale			1
	India	3	5	5
	Irlanda	1		
	Israele		1	
	Iugoslavia	9	7	11
	Kosovo	1	1	
	Libia	1		
	Macedonia	59	53	48
	Marocco	14	19	12
	Moldavia	2	5	4

	Montenegro			1
	Nd			1
	Nepal	1	1	5
	Nigeria	25	22	28
	Pakistan			1
	Peru'	1	1	1
	Polonia	1	1	5
	Romania	44	32	31
	Russia	3		
	Senegal	5	13	9
	Repubblica Serbia		2	1
	Sierra Leone			1
	Siria		1	
	Slovenia	1	1	
	Somalia		1	1
	Spagna		1	
	Repubblica Sudafrica		1	1
	Sudan	1		
	Tunisia	5	3	2
	Turchia			
	Ucraina	12	3	4
	Ungheria		1	
	Venezuela			1
	Totale	275	251	246

Tab.. 61 - IVG – PISA - VIA TORINO - Consultorio Adolescenti Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	657	704	688
	Totale	657	704	688
Straniero	Albania	11	13	11
	Algeria		1	
	Argentina	1	1	1
	Bangladesh		2	1
	Bielorussia			1
	Brasile	1	1	1
	Bulgaria		1	2
	Burkina Faso (Alto Volta)	1		
	Cina	4		1
	Colombia	1		
	Congo		1	
	Cuba	1		
	Repubblica Dominicana		1	
	Ecuador	1	1	
	Eritrea			1
	Etiopia			1
	Filippine	2	2	4
	Francia		1	
	Germania	2	1	1
	Giordania	1		
	Grecia		1	
	Honduras	1		
	India			1
	Iran		1	
	Israele	1		
	Iugoslavia	1	1	
	Kosovo		1	
	Lettonia	1	1	1
	Macedonia	1	1	2
	Marocco	1	10	3
	Moldavia	2	1	3
	Nepal	1	1	
	Nigeria	1	1	1
	Polonia	2	6	7
	Romania	9	8	6
	Senegal	2	2	2
	Repubblica Serbia			1
	Somalia	1		
	Tunisia	2	1	
	Turchia		1	
	Ucraina	5	6	4
	Totale	57	69	56

Tab. 62 – IVG - PISA - VIA GARIBALDI - PROIEZIONE CONSULTORIO FAMILIARE PISA VIA TORINO - Consultorio Familiare Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	197	148	97
	Totale	197	148	97
Straniero	Albania	15	7	3
	Algeria		1	
	Argentina	1		
	Australia	1		
	Bangladesh	2		
	Brasile	2	1	
	Bulgaria	1		
	Cina	1	3	3
	Cuba	1	1	
	Repubblica Dominicana			1
	Ecuador	1		
	Eritrea	1		
	Filippine	2	3	2
	Irlanda		1	
	Kosovo		1	
	Macedonia	2	1	1
	Marocco		4	1
	Moldavia	1		
	Nepal		1	
	Nigeria	2	2	
	Peru'	1		
	Polonia	3	4	
	Portogallo	1		
	Romania	13	4	7
	Senegal	3		1
	Slovacchia			1
	Spagna			1
	Stati Uniti d'America	1		
	Tunisia	1		
	Turchia			1
	Ucraina		3	
	Totale	56	37	22

Tab. 63 – IVG - PISA - VIA TORINO - Consultorio Familiare Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	7644	8460	7708
	Totale	7644	8460	7708
Straniero	Albania	195	240	255
	Algeria	3	4	3
	Argentina	5	5	5
	Armenia	1	1	1
	Australia		1	
	Austria	1	1	
	Bangladesh	23	36	22
	Belgio		1	
	Benin (ex Dahomey)			
	Bielorussia	5	6	1
	Bolivia		2	1
	Bosnia-Erzegovina	3	1	
	Brasile	40	55	36
	Bulgaria	21	42	28
	Burkina Faso (Alto Volta)	2	1	1
	Camerun	4	3	6
	Canada		1	2
	Capo Verde			1
	Repubblica Ceca	8	5	4
	Cile	1		2
	Cina	25	37	30
	Colombia	2	5	2
	Congo	2	2	2
	Corea del Sud	1	1	
	Costa d'Avorio		1	1
	Costarica	1	1	
	Croazia			2
	Cuba	5	20	11
	Danimarca	1	2	
	Dominica	2	2	2
	Repubblica Dominicana	4	7	10
	Ecuador	20	19	14
	Egitto		3	3
	El Salvador		1	
	Eritrea	2	1	1
	Estonia	1	1	1
	Etiopia	6	5	1

	Filippine	77	128	86
	Finlandia	3	1	2
	Francia	11	16	13
	Georgia	30	47	30
	Germania	5	19	11
	Ghana			1
	Giappone	1	4	4
	Giordania	3	4	2
	Grecia	3	3	1
	Guinea		2	
	Guinea Equatoriale			1
	Honduras	1		
	India	5	7	11
	Iran		3	4
	Iraq		1	1
	Irlanda	4	5	6
	Israele	1	2	1
	Iugoslavia	4	8	9
	Kazakistan	1	3	
	Kenia	1		
	Kosovo	3	6	4
	Lettonia		2	
	Libano			1
	Liberia		1	1
	Libia	1		
	Lussemburgo			1
	Macedonia	22	32	21
	Marocco	42	63	48
	Messico	3	2	3
	Moldavia	30	42	21
	Montenegro	1		
	Mozambico		1	
	Myanmar (ex Birmania)	1		
	Nd		1	
	Nepal	4	12	11
	Niger	1	1	1
	Nigeria	9	9	10
	Norvegia		1	
	Paesi bassi	4	4	5
	Pakistan	2	1	1
	Paraguay	1		
	Peru'	12	8	7
	Polonia	56	94	59
	Portogallo	2	2	1
	Regno Unito	6	6	5

	Romania	181	281	190
	Russia	28	29	22
	Senegal	16	33	27
	Repubblica Serbia	4	7	6
	Singapore			1
	Siria		1	1
	Slovacchia	2	2	3
	Slovenia			1
	Somalia			1
	Spagna	11	26	12
	Sri Lanka (già Ceylon)	2	2	2
	Stati Uniti d'America	2	4	4
	Repubblica Sudafrica		2	
	Svezia		1	
	Svizzera	1	2	2
	Taiwan (Formosa)		1	
	Thailandia		6	
	Togo		1	1
	Tonga			1
	Tunisia	9	13	13
	Turchia	1	5	2
	Ucraina	71	130	86
	Ungheria	5	7	2
	Uzbekistan			1
	Venezuela	2	2	1
	Vietnam			1
	Totale	1069	1609	1211

Tab. 64 – IVG - SAN GIULIANO TERME - Consultorio Familiare Donne straniere ed italiane dell'AUSL Toscana Area Nord Ovest. Ambito Pisa. Trend 2013 – 2015 (Fonte Servizio Flussi Informativi ESTAR)

Nazionalità	Stato	2013	2014	2015
Italiano	Italia	3262	2736	2538
	Totale	3262	2736	2538
Straniero	Albania	68	78	66
	Argentina		2	
	Armenia	1	1	
	Bangladesh	1		2
	Belgio			1
	Bielorussia		2	
	Brasile	4	11	6
	Bulgaria	9	9	2
	Camerun			1
	Capo Verde	1		1
	Repubblica Ceca	1		1
	Cina	6	4	3
	Colombia	2	2	3
	Congo		1	1
	Costarica			1
	Cuba	4	7	5
	Dominica		1	
	Repubblica Dominicana	3	1	3
	Ecuador	7	1	1
	Eritrea	1		
	Etiopia			1
	Filippine	17	2	3
	Finlandia	1		
	Francia		1	5
	Georgia	3	9	9
	Germania	3	7	2
	Ghana			1
	Giappone			1
	Grecia		2	2
	India	2	2	1
	Iran		1	
	Irlanda	1	2	1
	Iugoslavia		2	1
	Kosovo	1		2
	Lettonia		1	2
	Libano		1	
	Macedonia	2	3	2
	Marocco	19	15	13
	Moldavia	10	14	5
	Nd			
	Niger			1
	Nigeria		3	2
	Paesi bassi		1	2
	Pakistan		1	
	Peru'	3	2	1
	Polonia	16	17	12
	Portogallo	1	1	2
	Regno unito	1		2
	Romania	63	77	58
	Russia	7	10	6

	Senegal	9	4	3
	Repubblica Serbia	2		
	Siria		1	
	Slovacchia			1
	Spagna	2	3	3
	Sri Lanka (già Ceylon)		1	2
	Stati Uniti d'America	1	2	1
	Svizzera			
	Thailandia			1
	Togo		1	
	Tunisia	2	2	1
	Ucraina	17	16	13
	Ungheria			1
	Uzbekistan			
	Venezuela			
	Totale	291	324	260

Tabelle allegate Capitolo IX

Tab. 65 - Cittadini stranieri residenti in Italia provenienti da paesi a forte pressione migratoria al 31/12/2016 (prime venti collettività) (Fonte Istat)

Cittadinanza	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale res. Stranieri	% donne
Romania	497577	670975	1168552	24,1	57,4
Albania	229870	218537	448407	9,2	48,7
Marocco	225278	195373	420651	8,7	46,4
Cina Rep. Popolare	142227	139745	281972	5,8	49,6
Ucraina	50726	183628	234354	4,8	78,4
Filippine	71888	94571	166459	3,4	56,8
India	89778	61652	151430	3,1	40,7
Moldova	45512	90149	135661	2,8	66,5
Bangladesh	88263	34165	122428	2,5	27,9
Egitto	76754	36011	112765	2,3	31,9
Pakistan	74186	34018	108204	2,2	31,4
Sri Lanka	56356	48552	104908	2,2	46,3
Senegal	74334	26873	101207	2,1	26,6
Perù	41216	57894	99110	2,0	58,4
Polonia	25699	71363	97062	2,0	73,5
Tunisia	58764	35300	94064	1,9	37,5
Nigeria	50120	38413	88533	1,8	43,4
Ecuador	35462	47658	83120	1,7	57,3
Macedonia	35589	32380	67969	1,4	47,6
Bulgaria	21670	36950	58620	1,2	63,0
TOTALE	2330647	2527950	4858597		52,4

Tab. 66 - Permessi di soggiorno a Pisa e a Napoli di cittadini ucraini e filippini per sesso e motivo del permesso al 1° gennaio 2016 (Fonte ISTAT – Rielaborazione personalizzata)

Motivo del Permesso di Soggiorno	CITTADINI UCRAINI			CITTADINI FILIPPINI		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
PROVINCIA DI PISA						
Lavoro	36	229	265	151	220	371
Famiglia	61	109	170	220	208	428
Altri motivi	6	17	23	6	17	23
<i>Soggiornanti di lungo periodo</i>	<i>142</i>	<i>803</i>	<i>945</i>	<i>513</i>	<i>638</i>	<i>1.151</i>
Totale	245	1.158	1.403	890	1.083	1.973
PROVINCIA DI NAPOLI						
Lavoro	1.677	5.448	7.125	179	311	490
Famiglia	863	1.248	2.111	132	125	257
Altri motivi	72	139	211	9	179	188
<i>Soggiornanti di lungo periodo</i>	<i>2.511</i>	<i>11.380</i>	<i>13.891</i>	<i>589</i>	<i>924</i>	<i>1.513</i>
Totale	5.123	18.215	23.338	909	1.539	2.448
<i>Fonte: elaborazioni Istat su dati del Ministero dell'Interno</i>						

Tab. 67 - Permessi di soggiorno in Toscana e Campania di cittadini ucraini e filippini per sesso e motivo del permesso al 1° gennaio 2016(Fonte ISTAT – Rielaborazione personalizzata)

Motivo del permesso di soggiorno	Cittadini ucraini			Cittadini filippini		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
REGIONE TOSCANA						
Lavoro	253	1.684	1.937	1.001	1.272	2.273
Famiglia	441	747	1.188	899	922	1.821
Altri motivi	106	160	266	39	134	173
<i>Soggiornanti di lungo periodo</i>	<i>1.610</i>	<i>7.222</i>	<i>8.832</i>	<i>4.030</i>	<i>5.146</i>	<i>9.176</i>
Totale	2.410	9.813	12.223	5.969	7.474	13.443
REGIONE CAMPANIA						
Lavoro	2.556	8.386	10.942	290	561	851
Famiglia	1.720	2.536	4.256	241	230	471
Altri motivi	429	616	1.045	33	344	377
<i>Soggiornanti di lungo periodo</i>	<i>5.194</i>	<i>20.966</i>	<i>26.160</i>	<i>802</i>	<i>1.290</i>	<i>2.092</i>
Totale	9.899	32.504	42.403	1.366	2.425	3.791
<i>Fonte: elaborazioni Istat su dati del Ministero dell'Interno</i>						

Tab. 68 - Cittadini non comunitari per sesso, motivo del permesso di soggiorno e Paese di cittadinanza - Stock 2014 Provincia di Pisa (Fonte ISTAT)

	MASCHI E FEMMINE									MASCHI					FEMMINE				
	Motivo del permesso									Motivo del permesso					Motivo del permesso				
	(Lungo soggiornanti)	%	LAVORO	%	FAMIGLIA	%	ALTRO	%	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale
Albania	6127	70,00	903	10,32	1496	17,09	227	2,59	8753	3208	721	530	90	4549	2919	182	966	137	4204
Ucraina	725	56,64	370	28,91	169	13,20	16	1,25	1280	115	50	66	4	235	610	320	103	12	1045
Moldova	257	54,33	137	28,96	78	16,49	5	1,06	473	70	37	42	.	149	187	100	36	..	324
Bangladesh	378	46,55	342	42,12	68	8,37	24	2,96	812	226	340	28	19	613	152	..	40	5	199
Cinese, Repubblica Popolare	628	30,71	806	39,41	518	25,33	93	4,55	2045	319	419	250	43	1031	309	387	268	50	1014
Filippine	941	54,39	382	22,08	389	22,49	18	1,04	1730	429	174	202	..	806	512	208	187	17	924
India	203	39,57	102	19,88	61	11,89	147	28,65	513	108	87	25	26	246	95	15	36	121	267
Egitto	37	32,17	35	30,43	37	32,17	6	5,22	115	27	32	18	4	81	10	3	19	..	34
Marocco	3228	73,58	554	12,63	588	13,40	17	0,39	4387	1885	462	270	13	2630	1343	92	318	4	1757
Tunisia	415	64,64	105	16,36	102	15,89	20	3,12	642	262	97	55	14	428	153	8	47	6	214

Tab. 69 - Cittadini non comunitari per sesso, motivo del permesso di soggiorno e Paese di cittadinanza - Stock 2013 Provincia di Pisa (Fonte ISTAT)

	MASCHI E FEMMINE									MASCHI					FEMMINE				
	Motivo del permesso									Motivo del permesso					Motivo del permesso				
	(Lungo soggiornanti)	%	LAVORO	%	FAMIGLIA	%	ALTRO	%	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale
Albania	5740	65,01	1142	12,93	1704	19,30	243	2,75	8829	2994	940	618	104	4656	2746	202	1086	139	4173
Ucraina	608	46,48	467	35,70	205	15,67	28	2,14	1308	94	59	81	11	245	514	408	124	17	1063
Moldova	181	32,85	219	39,75	148	26,86	3	0,54	551	50	48	64	.	162	131	171	84	3	389
Bangladesh	347	48,80	262	36,85	84	11,81	18	2,53	711	202	258	27	17	504	145	4	57	..	207
Cinese, Repubblica Popolare	565	29,37	813	42,26	469	24,38	77	4,00	1924	285	418	234	32	969	280	395	235	45	955
Filippine	896	48,70	504	27,39	423	22,99	17	0,92	1840	408	203	219	..	831	488	301	204	16	1009
India	195	39,71	103	20,98	45	9,16	148	30,14	491	102	86	17	35	240	93	17	28	113	251
Egitto	29	28,16	29	28,16	36	34,95	9	8,74	103	22	28	15	6	71	7	..	21	3	32
Marocco	3007	70,04	669	15,58	587	13,67	30	0,70	4293	1762	548	255	19	2584	1245	121	332	11	1709
Tunisia	379	60,83	108	17,34	108	17,34	28	4,49	623	242	96	58	21	417	137	12	50	7	206

Tab. 70 - Cittadini non comunitari per sesso, motivo del permesso di soggiorno e Paese di cittadinanza - Stock 2012 Provincia di Pisa (Fonte ISTAT)

	MASCHI E FEMMINE									MASCHI					FEMMINE				
	Motivo del permesso									Motivo del permesso					Motivo del permesso				
	(Lungo soggiornanti)	%	LAVORO	%	FAMIGLIA	%	ALTRO	%	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale
Albania	5360	62,99	1442	16,95	1468	17,25	239	2,81	8509	2791	1119	497	104	4511	2569	323	971	135	3998
Ucraina	548	44,30	498	40,26	176	14,23	15	1,21	1237	87	71	64	6	228	461	427	112	9	1009
Moldova	145	28,05	248	47,97	119	23,02	5	0,97	517	41	60	46	.	147	104	188	73	5	370
Bangladesh	336	51,06	251	38,15	61	9,27	10	1,52	658	191	247	26	8	472	145	4	35	..	186
Cinese, Repubblica Popolare	538	31,68	877	51,65	186	10,95	97	5,71	1698	271	445	88	42	846	267	432	98	55	852
Filippine	856	51,63	568	34,26	218	13,15	16	0,97	1658	386	267	109	..	762	470	301	109	16	896
India	193	40,80	87	18,39	39	8,25	154	32,56	473	101	70	13	34	218	92	17	26	120	255
Egitto	28	32,56	19	22,09	27	31,40	12	13,95	86	20	17	11	9	57	8	..	16	3	29
Marocco	2845	69,26	705	17,16	533	12,97	25	0,61	4108	1666	557	223	14	2460	1179	148	310	11	1648
Tunisia	348	53,70	124	19,14	113	17,44	63	9,72	648	219	110	62	55	446	129	14	51	8	202

Tab. 71 - Cittadini non comunitari per sesso, motivo del permesso di soggiorno e Paese di cittadinanza - Stock 2014 Provincia di Napoli (Fonte ISTAT)

	MASCHI E FEMMINE										MASCHI					FEMMINE				
	Motivo del permesso										Motivo del permesso					Motivo del permesso				
	(Lungo soggiornanti)	%	LAVORO	%	FAMIGLIA	%	ALTRO	%	Totale		(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale
Albania	1068	56,24	383	20,17	401	21,12	47	2,47	1899		560	292	155	22	1029	508	91	246	25	870
Ucraina	11314	48,62	9210	39,58	2608	11,21	136	0,58	23268		1986	2024	953	45	5008	9328	7186	1655	91	18260
Moldova	422	44,80	355	37,69	155	16,45	10	1,06	942		108	134	59	..	303	314	221	96	8	639
Bangladesh	990	23,58	2892	68,89	277	6,60	39	0,93	4198		679	2855	111	36	3681	311	37	166	3	517
Cinese, Repubblica Popolare	2082	22,04	5067	53,63	2041	21,60	258	2,73	9448		1076	2788	1013	102	4979	1006	2279	1028	156	4469
Filippine	1333	54,70	604	24,78	294	12,06	206	8,45	2437		531	206	157	7	901	802	398	137	199	1536
India	158	9,91	1089	68,32	186	11,67	161	10,10	1594		98	966	72	39	1175	60	123	114	122	419
Egitto	33	21,02	54	34,39	57	36,31	13	8,28	157		27	54	52	10	143	6	..	5	3	14
Marocco	1894	41,59	1975	43,37	652	14,32	33	0,72	4554		1295	1746	287	18	3346	599	229	365	15	1208
Tunisia	839	57,00	354	24,05	259	17,60	20	1,36	1472		529	310	166	12	1017	310	44	93	8	455

Tab. 72 - Cittadini non comunitari per sesso, motivo del permesso di soggiorno e Paese di cittadinanza - Stock 2013 Provincia di Napoli (Fonte Istat)

	MASCHI E FEMMINE										MASCHI					FEMMINE				
	Motivo del permesso										Motivo del permesso					Motivo del permesso				
	(Lungo soggiornanti)	%	LAVORO	%	FAMIGLIA	%	ALTRO	%	Totale		(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale
Albania	960	50,87	416	22,05	468	24,80	43	2,28	1887		506	318	200	17	1041	454	98	268	26	846
Ucraina	10109	44,17	9829	42,95	2837	12,40	112	0,49	22887		1712	2207	956	35	4910	8397	7622	1881	77	17977
Moldova	378	38,34	415	42,09	188	19,07	5	0,51	986		101	146	66	..	314	277	269	122	4	672
Bangladesh	859	25,64	2156	64,36	224	6,69	111	3,31	3350		578	2138	84	105	2905	281	18	140	6	445
Cinese, Repubblica Popolare	1786	20,97	4644	54,53	1934	22,71	153	1,80	8517		923	2557	979	61	4520	863	2087	955	92	3997
Filippine	1229	51,86	634	26,75	289	12,19	218	9,20	2370		492	221	147	7	867	737	413	142	211	1503
India	130	9,89	909	69,18	113	8,60	162	12,33	1314		82	813	53	28	976	48	96	60	134	338
Egitto	30	17,24	82	47,13	53	30,46	9	5,17	174		24	82	51	8	165	6	9
Marocco	1713	40,04	1933	45,18	602	14,07	30	0,70	4278		1182	1676	297	19	3174	531	257	305	11	1104
Tunisia	772	54,56	344	24,31	276	19,51	23	1,63	1415		483	305	185	13	986	289	39	91	10	429

Tab. 73 - Cittadini non comunitari per sesso, motivo del permesso di soggiorno e Paese di cittadinanza - Stock 2012 Provincia di Napoli (Fonte Istat)

	MASCHI E FEMMINE										MASCHI					FEMMINE				
	Motivo del permesso										Motivo del permesso					Motivo del permesso				
	(Lungo soggiornanti)	%	LAVORO	%	FAMIGLIA	%	ALTRO	%	Totale		(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale	(Lungo soggiornanti)	LAVORO	FAMIGLIA	ALTRO	Totale
Albania	924	47,51	535	27,51	437	22,47	49	2,52	1945		489	388	170	18	1065	435	147	267	31	880
Ucraina	9352	38,97	12418	51,74	2123	8,85	108	0,45	24001		1568	2927	587	38	5120	7784	9491	1536	70	18881
Moldova	338	32,66	536	51,79	155	14,98	6	0,58	1035		94	193	44	..	333	244	343	111	4	702
Bangladesh	773	24,98	2108	68,11	187	6,04	27	0,87	3095		531	2080	65	23	2699	242	28	122	4	396
Cinese, Repubblica Popolare	1577	18,85	5878	70,25	753	9,00	159	1,90	8367		823	3245	336	54	4458	754	2633	417	105	3909
Filippine	1164	49,68	796	33,97	175	7,47	208	8,88	2343		462	306	79	3	850	702	490	96	205	1493
India	115	9,30	882	71,36	78	6,31	161	13,03	1236		69	790	38	29	926	46	92	40	132	310
Egitto	29	15,85	94	51,37	52	28,42	8	4,37	183		23	94	51	8	176	6	7
Marocco	1621	38,22	2076	48,95	520	12,26	24	0,57	4241		1117	1767	270	12	3166	504	309	250	12	1075
Tunisia	739	52,79	364	26,00	260	18,57	37	2,64	1400		467	318	164	30	979	272	46	96	7	421

ELENCO DELLE INTERVISTE

PISA

Interviste agli informatori privilegiati ed alle mediatrici interculturali

- Ex presidente della Consulta del Terzo Settore della Società della Salute, Presidente CNCA Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, Presidente di diverse cooperative in zona pisana, Don Armando Zappolini, in riferimento alle attività dei primi anni della Consulta della Società della Salute, ai suoi punti di forza ed ai suoi limiti (2015).
- Responsabile Staff Direzione e Programmazione della Società della Salute D. in riferimento alle attività della Società della Salute, ai suoi punti di forza ed ai suoi limiti, alle reti di enti ed organizzazioni che coinvolge nell'ambito della salute delle donne immigrate (2015).
- Responsabile del settore donne della società della Salute di Pisa, Feline (2017).
- Presidente Associazione Africa Insieme, Sergio Bontempelli sulle peculiarità della presenza immigrata a Pisa, le attività e le reti dell'associazione, le problematiche che ha riscontrato nell'ambito della salute delle donne immigrate (2015).
- Responsabile dei Servizi di Mediazione Culturale della Cooperativa Arnera (che ha vinto l'appalto fornire mediatrici culturali presso l'AUSL Toscana Nord Ovest ambito di Pisa), Annamaria Pieracci. L'intervista ha approfondito le peculiarità dei servizi di mediazione culturale in ambito sanitario per le utenti immigrate presso l'ASL di Pisa e le reti (2015)..
- Responsabile del Progetto Sally della Cooperativa Arnera per donne vittime di prostituzione e tratta. L'intervista ha approfondito le peculiarità del servizio, i percorsi in ambito sanitario delle utenti presso l'ASL di Pisa e le reti sul territorio (2017).
- Mediatrice culturale di origine macedone del Consultorio Immigrati (presso il Distretto del CEP) dell'AUSL Toscana Nord Ovest - Ambito di Pisa, in riferimento alle attività, le utenze e le loro problematiche, le reti del consultorio immigrati (2015).
- Mediatrice culturale di origine albanese e Coordinatrice del Servizio di Mediazione Culturale dell'Ospedale S. Chiara di Pisa impiegata presso i servizi sanitari dell'AUSL Toscana Nord Ovest - ambito di Pisa, in

riferimento alle attività che svolge ed alle problematiche delle utenti immigrate (2017).

- Mediatrice culturale di origine iraniana impiegata in attività in ambito sanitario presso l' AUSL Toscana Nord Ovest - ambito di Pisa ed attuale Presidente dell' Associazione A.D.M.I. – Associazione Donne Amiche dal Mondo Insieme (2015).
- Mediatrice culturale cinese impiegata presso la Cooperativa Arnera che svolge attività di mediazione in ambito sanitario presso l' AUSL Toscana Nord Ovest - Ambito di Pisa e in progettualità che coinvolgono donne immigrate vittime di tratta o richiedenti asilo. L'intervista ha riguardato le problematiche dell'utenza cinese e quelle riscontrate nel corso delle sue attività di mediazione (2016).
- Referente della Caritas di Pisa sulle statistiche per l'immigrazione e per progetti su immigrazione, Dott. Francesco Paletti che ha collaborato a numerose indagini della Provincia sull'immigrazione e a un'indagine regionale del M.E.S. del Sant'Anna su immigrazione e salute. L'intervista ha riguardato le reti socio sanitarie nel territorio pisano e problematiche inerenti salute ed immigrazione (2015).
- Responsabile del personale e del servizio di mediazione culturale ospedale Santa Chiara di Pisa sul servizio di mediazione dell'ospedale Santa Chiara di Pisa (2016).
- Referente dell'Associazione Donne in Movimento (D.I.M.) in riferimento alle attività svolte per le donne immigrate e alle problematiche delle utenti in termini di salute (2016).
- Referenti dell'ARCI su progettualità per donne richiedenti asilo inserite in un Progetto S.P.R.A.R. e per richiedenti asilo inserite in un progetto volto alle problematiche di salute, in fase di avvio (2016).
- Intervista a referente dell' associazione P.A.I.M. sui percorsi di salute e sulle problematiche delle donne richiedenti protezione internazionale accolte presso le loro strutture, Batini (2017).
- Intervista alla Mediatrice interculturale della Cooperativa P.A.I.M. sui percorsi di salute delle donne richiedenti protezione internazionale accolte presso le loro strutture (2017).

Interviste a Medici ed operatori sanitari
AUSL Toscana Area Nord Ovest- ambito di Pisa

- Responsabile dei Servizi Consultoriali dell'A.U.S.L. Toscana Nord Ovest Ambito di Pisa, Dott.ssa Trimarchi in riferimento alle attività dei consultori dell'area Pisana, alle problematiche dell'utenza immigrata, alle reti sul territorio ed ai tagli al welfare (2015).
- Ginecologa A.U.S.L. Toscana Nord Ovest - Ambito di Pisa (impegnata anche all'ospedale Santa Chiara) presso il Consultorio di Via Torino in riferimento alle problematiche che ha avuto modo di rilevare nella relazione medico – paziente (2016).
- Ginecologa del Consultorio Immigrati dell'AUSL Toscana Nord Ovest - ambito di Pisa, Dott.ssa Del Bravo, in riferimento ai mutamenti dell'utenza nel tempo, alla storia del consultorio, alla percezione di dinamiche e problematiche inerenti la relazione medico- paziente (2016).
- Ginecologa dei consultori dell'AUSL Toscana Nord Ovest - ambito di Pisa, (2017).
- Assistente Sociale del Consultorio Immigrati, in riferimento alla sua attività, alle reti del consultorio, all'utenza prevalente ed alle sue problematiche (intervista non registrata per volontà dell'intervistata) (2016).
- Intervista alla psicologa di uno dei consultori dell'area pisana sulla sua attività con le donne immigrate nell'ambito della violenza (consultorio di Via Torino e Consultorio Immigrati) (2017).
- Intervista alla psicologa che si occupa dell'ambito familiare (intervista non registrata per volontà dell'intervistata) (2017).
- Interviste a una ostetrica del consultorio di Via Torino dell'AUSL Toscana Nord Ovest - ambito di Pisa (intervista non registrata per volontà dell'intervistata) (2017).
- Intervista ostetrica dei consultori dell'AUSL Toscana Nord Ovest - ambito di Pisa (2017).
- Intervista alla referente del servizio dell'accettazione dei consultori Area Nord Ovest Zona Pisa (2017).

NAPOLI

Interviste agli informatori privilegiati ed alle mediatrici interculturali

- Mediatrice culturale ucraina responsabile del Servizio di Mediazione presso l'ambulatorio per donne straniere del II Policlinico di Napoli della Cooperativa Dedalus e responsabile del Servizio di mediazione presso gli ambulatori dedicati STP dell'ASL Napoli 2, in riferimento alle attività del servizio, alle utenze, alle problematiche che ha avuto modo di riscontrare per la salute delle donne immigrate, alla sua attività di mediazione (2015).
- Mediatrice culturale di origine ucraina impiegata presso di mediazione Servizio di Mediazione presso l'ambulatorio per donne straniere del II Policlinico di Napoli della Coop. Dedalus, in riferimento alle peculiarità del servizio di cui è responsabile, alle reti sul territorio, alle problematiche delle donne immigrate in termini di salute ed accesso ai servizi (2015).
- Responsabile Caritas Napoli Servizio Immigrazione, Dott. Trani, in riferimento alle attività della Caritas svolte nell'ambito della salute delle immigrate, alle reti sul territorio (2016).
- Due referenti dello sportello donne della Caritas di Napoli, CADI in riferimento alle loro attività con le utenti immigrate in particolare nell'ambito della salute, alle problematiche riscontrate ed alle reti sul territorio (hanno preso parte all'intervista due referenti ed una mediatrice culturale) (2016).
- Due referenti dell'Associazione Less ONLUS (settore donne) impegnate in progettualità di accoglienza per le donne immigrate. L'intervista ha riguardato le attività che svolgono per la salute delle donne immigrate richiedenti asilo e rifugiate accolte ed ha coinvolto due operatrici (2016).
- Mediatrice culturale del Consultorio del Distretto 31 e dell'ambulatorio STP del Distretto 31, in riferimento all'attività svolta con le utenti immigrate, alle problematiche che ha avuto modo di riscontrare, alle reti sul territorio (2016).
- Intervista a mediatrice culturale ucraina Associazione il Pioppo, impegnata in precedenza presso il consultorio del Distretto 31 e in un progetto sulla maternità Rom presso il Consultorio del Distretto 28 ed in svariate progettualità di mediazione in ambito medico con donne immigrate (2016).

- Intervista a Flaminia Trapani fondatrice e referente dell'Associazione Piano Terra Onlus, impegnata in progettualità di sostegno a neo- mamme ed ai loro bambini sull'attività svolte con le donne immigrate, le utenti e le reti sul territorio (2016).

Interviste a medici ed operatori sanitari ASL Napoli 1

- Responsabile dei Servizi Consultoriali dell'ASL Napoli 1, Dott.ssa Rosetta Papa in riferimento alle attività dei consultori dell'ASL, alle utenze immigrate alle reti in ambito sociale e sanitario dei consultori (2015).
- Assistente sociale del Consultorio Distretto 31 dell'ASL Na 1 in riferimento alle problematiche che ha avuto modo di riscontrare nell'ambito della salute delle immigrate (2016).
- Intervista alla ginecologa del Consultorio Distretto 31 in riferimento alla sua percezione delle problematiche dell'utenza straniera, alle dinamiche relazionali, alla formazione (Intervista solo parzialmente registrata; l'intervistata ha infatti, inizialmente rifiutato la registrazione per poi accettarla in seguito a metà intervista) (2016).
- Intervista ad un ginecologo del Consultorio Distretto 31 in riferimento alla sua percezione delle problematiche dell'utenza straniera, alle dinamiche relazionali, alla formazione. (2016).
- Intervista alla responsabile del servizio di accettazione del Consultorio del Distretto 31 (2016).
- Intervista alla ginecologa del Consultorio Distretto 27 in riferimento alla sua percezione delle problematiche dell'utenza straniera, alle dinamiche relazionali, alla formazione, (intervista non registrata su richiesta della dottoressa) (2017).
- Ostetrica del Consultorio del Distretto 31 in riferimento alla sua percezione delle problematiche dell'utenza straniera o inerenti le dinamiche relazionali (2016).
- Responsabile del Centro per la tutela della salute degli immigrati presso l'Ospedale Ascalesi, Coordinatore della Gris Campania della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), responsabile della Macro area I del Progetto Equità della Regione Campania, in riferimento alle attività svolte dal suo ambulatorio per la salute delle donne immigrate, alla percezione delle problematiche riscontrate anche nell'ambito della relazione medico – paziente (2016).

- Intervista all'ostetrica dell'ambulatorio ostetrico ginecologico di Villa Betania (intervista non registrata su richiesta dell'ostetrica) (2016).
- Intervista a mediatrice culturale dell'ambulatorio ostetrico ginecologico di Villa Betania (2016).

INTERVISTE AD INFORMATORI PRIVILEGIATI

A LIVELLO NAZIONALE

- Intervista al Dott. Geraci, Società di Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (2015)
- Intervista a Manila Bonciani ricercatrice e membro della Società di Medicina delle Migrazioni(2015)

INTERVISTE

INTERVISTA DOTT.SSA TRIMARCHI³

Responsabile dei consultori Area Nord Ovest (ex ASL 5 di Pisa)

Servizio/ i di riferimento

Consultori Azienda USL 5 di Pisa (entrata a far parte dal 1/1/2016 nell'area Area Nord Ovest dell'USL Toscana)

Luogo

Consultorio di Via Torino (Pisa)

Ambito di intervento (sociale o sanitario) _____ Sanitario _____

Tipologia di attività svolte con donne straniere:

Assistenza ostetrico – ginecologica. Assistenza psicologica e sociale in caso di necessità.

Giorni ed orari delle attività che coinvolgono le donne straniere

Tutti i giorni in cui i servizi dei consultori sono aperti per immigrate regolari

Consultorio immigrati presso il distretto del CEP il giovedì pomeriggio nel caso di immigrate irregolari o con situazioni problematiche

Da quanto tempo ricopre il ruolo di responsabile dei consultori dell' area pisana?

Dal gennaio 2008. Perché ho richiesto la mobilità dalla USL Versilia, dove lavoravo sempre nello stesso campo. Cercavano anche qui un responsabile di Unità funzionale ed ho portato il curriculum.

Dal 2008 ad oggi ha potuto notare dei cambiamenti del servizio in riferimento all' utenza straniera?

Qui a Pisa c'è il Consultorio Immigrati, nato come progetto sperimentale circa venti anni fa. Nel momento stesso in cui io sono venuta ed è stata creata l'Unità Funzionale Consultoriale è stato dato un budget, è stata data un'equipe fissa ed il servizio è indubbiamente migliorato perché essendoci un'equipe fissa...

Prima del 2008 non c'era?

³ In questa sezione sono inserite solo alcune delle interviste svolte a medici, operatori sanitari, informatori privilegiati e e mediatri inter-culturali.

No. C'erano degli operatori, c'era la ginecologa, c'era l'ostetrica, volendo ci poteva essere una consulenza esterna con l'assistente sociale e lo psicologo, altri operatori ... Però era sempre una cosa non codificata, esterna. Le figure fondamentali erano solo la ginecologa, l'ostetrica ed in più la mediatrice. C'era una mediatrice fissa che a quel tempo era somala, eritrea e parlava diverse lingue fra cui anche il russo... quindi copriva un'ampia gamma di utenza. Poi, con i cambiamenti dei contratti, che sono avvenuti nel 2009, 2010 il tipo di contratto che era quello di cooperativa non era più favorevole alla mediatrice, per cui ha dovuto lasciare e abbiamo avuto un periodo in cui non abbiamo avuto la mediatrice fissa ma solo quella a chiamata. Abbiamo fatto varie gare...

MEDIAZIONE INTER - CULTURALE

Ma la mediatrice somala era prevista solo per il CEP, il Consultorio Immigrati, o anche per gli altri consultori?

Solo per il CEP. Uguale a adesso, solo che aveva venti ore invece che dieci. Era stata assunta col progetto del Consultorio Immigrati venti anni fa.

La mediatrice del consultorio immigrati era una dipendente dell'ASL (come mi è stato riferito)?

Non era dipendente, non è mai stata dipendente. Era un contratto di Co Co Co. realizzato comunque dall'Asl con un progetto rudimentale, che è andato bene fino a quando non è cambiato il mondo e quindi si è dovuto fare una serie di risparmi. Sono stati chiusi diversi contratti che erano sperimentali e sono stati fatti dei concorsi per l'assunzione di gente in pianta stabile. A quel punto lì i vari co.co.co. hanno dovuto fare una scelta coerente alle indicazioni della USL.

Poi i servizi di mediazione sono stati subappaltati alle cooperative?

Sì.

Questi cambiamenti sono legati ai tagli alla spesa sanitaria?

Certo.

Dal 2009, 2010 mi diceva?

Sì inizialmente la mediazione era di venti ore e lo è stata per sedici anni, perché era sempre inclusa in questo progetto sperimentale.

Attualmente per i servizi di mediazione interculturale fate riferimento alla Cooperativa Arnera?

Esatto! Il contratto di gara che è stato fatto, è stato vinto dalla Cooperativa Arnera. Nell'ambito di questo c'è una cifra che è stata stanziata anche per la mediazione fissa che è quella che noi abbiamo al Consultorio Immigrati. Poi c'è quella che è di una determinata etnia ed è stata richiesta sulla lingua macedone, che è la lingua

più difficile e soprattutto la mediazione è anche culturale... e l'utenza su cui abbiamo maggior bisogno è quella macedone.

Quali sono invece le modalità, l'iter che seguite per quanto riguarda la mediazione "a chiamata" prevista per gli altri consultori?

Si fa una richiesta cartacea sempre alla Cooperativa Arnera. Si chiede il mediatore, in che lingua, si richiede l'ora e il luogo della prestazione. Negli ultimi sei mesi non ho mai... non c'è mai stato bisogno, perché gli operatori parlano tutti inglese, francese, si fanno capire ed è difficile che vengano persone che non siano accompagnate e non conoscono assolutamente la lingua. Può succedere per le filippine, Bangladesh e soprattutto per le cinesi.

Anche per le donne filippine?

Sì, ma sono così poco frequenti!

Le donne filippine, a quanto lei sappia, vengono al consultori accompagnate ?

Questo non glielo so dire... lo sapranno gli operatori del CEP... perché lì probabilmente non parlano la lingua. Qui no. Qui [consultorio ordinario] vengono accompagnate dai mariti e parlano la lingua. Poi deve sentire anche a Navacchio, dove c'è un altro grande consultorio, con molta utenza immigrata. Il consultorio immigrati del CEP invece è nato come progetto sperimentale dedicato all'utenza straniera .. A quel tempo l'utenza straniera era nordafricana somala eritrea.

UTENZA

A quanto ha avuto modo di notare, com'è cambiata nel tempo l'utenza delle donne straniere?

Secondo i flussi migratori, quando cambiano i flussi migratori cambia anche l'utenza dei Consultori. Quindi abbiamo avuto prima il Nord Africa, poi Eritrea, nel periodo della guerra, poi sono arrivati gli albanesi con gli sbarchi ... erano tutti albanesi! Gli albanesi sono sempre stati una comunità molto grossa e ben integrata. Poi sono arrivati gli egiziani, i tunisini, poi è arrivata tutta l'Europa dell'Est, la Polonia e poi Bangladesh, Filippine, Cina (poca roba), Nigeria (perché vengono a prostituirsi qua) e poi i Rom non sono mai mancati, quelli sono una costante! Abbiamo tanti nomadi. Poi con la guerra in Bosnia Erzegovina e con la dissoluzione della Ex- Jugoslavia ci sono stati arrivi anche da lì, da Bosnia, Slovacchia.

Vi sono differenze in riferimento alle problematiche che avete avuto modo di riscontrate fra le varie nazionalità che si rivolgono al servizio? Vi sono utenze con maggiori problematiche di altre (ad esempio mi aveva accennato alle donne provenienti dal Bangladesh)?

Si, ma le ostetriche lo sanno meglio di me.

Invece per quanto riguarda l'utenza del Consultorio di via Torino che gestisce ...

E dove c'è l'utenza più grossa.

Saprebbe indicarmi quali sono in prevalenza le nazionalità di provenienza delle donne regolari che si rivolgono al servizio?

Abbiamo un po' di tutto. Tante albanesi, nordafricane e poi molte dell' Est Europa, rumene, quelle stabili perché i rom non sono qua, poi Russia Ucraina Bielorussia, polacche e niente di eccezionale, indiane, filippine, bengalesi. C'è una grande varietà, non in alti numeri. Fra gli indiani molti vengono a studiare al Sant'Anna e si portano dietro la moglie in gravidanza, ci sono molti ricongiungimenti familiari.

Per quanto riguarda le immigrate che seguite in gravidanza, ha potuto notare delle differenze rispetto alle utenti italiane o delle problematiche particolari?

Se sono integrate, parlano una lingua o sono accompagnate dal marito, ma sono integrate seguono in maniera anche molto corretta i nostri protocolli vengono a fare i pap – test. E' chiaro che per molti immigrati c'è il problema che invece non hanno autonomia e allora devono sempre cercare qualcuno che le accompagni o vengono con il pullman, con i bambini ... le difficoltà principalmente sono queste. Poi per il resto siamo abituati alla multiculturalità, quindi anche al rispetto di quelli che sono i loro modi di vivere. Se hanno il Ramadan, hanno il Ramadan, non è che ti puoi imporre più di tanto se gli esami vengono sballati o se non ti mangiano tutto il giorno! E' il loro modo di essere e se non ci sono problemi ... C'è una tutela anche per il Ramadan, nel senso che possono non farlo... sono dispensate se hanno necessità, ma se stanno bene lo fanno, poi si rimpinzano di dolci per tutta la notte però!

Quali sono le principali problematiche, le problematiche che si riscontrano più di frequente con le immigrate?

La necessità di elasticità, di adattarsi perché ... quella è vegana perchè in Nepal sono vegani per una questione religiosa... Chiaramente vengono da paesi dove l'alimentazione è completamente diversa dalla nostra. Per cui ci dobbiamo adattare e cercare di trovare dei compromessi. Perché chiaramente facendo una alimentazione sostanzialmente basata sul riso ... Sappiamo che vi sono delle etnie che ad esempio hanno frequentissimamente diabete gestazionale, chiaramente siamo abituati all' inter – cultura e le italiane le tratti in una maniera fai determinati esami e dai determinati consigli, a una che ha abitudini alimentari diverse anche se è vegetariana o vegana non è che gli dai la carne! Quindi ci adattiamo anche noi... Ma non sono queste le problematiche! Le problematiche sono con le donne che, si vede chiaramente, in balia dei mariti che le vogliono remissive ma allo stesso momento vorrebbero che si muovessero da sole per non

doverle accompagnare a fare gli esami. E con quelli che, si capisce, sono padri padroni, non sai bene se quello che dicono è la realtà o no.

Alle volte sono i mariti che accompagnano le donne facendo anche da interpreti?

Fanno intermediazione o sono proprio quelli che gestiscono ... Nell'ambito dei rom hai voglia a dirgli che deve fare la contraccezione se le donne non la usano, devono fare i figli! Se a sedici anni ancora non è incinta vengono le madri a chiedere di fargli fare gli esami per la sterilità. E' una etnia... difficile! Chi ha delle regole, bene, chi vive nell'ambito.. chi è nel nomadismo ha le sue regole che sono, per quanto siamo elastici, sono difficili.... molto difficili! Mantenere la calma a volte è molto difficile!

Avete mai riscontrato problematiche più propriamente culturali, ad esempio legate al fatto che immigrate di religione islamica preferiscono un medico donna?

Nel nostro caso siamo quattro ginecologhe, in genere non si creano molti problemi... Ormai lo sanno che accedendo alle strutture pubbliche possono trovare una donna o anche un maschio, se si rifiutano di farsi visitare ... se no vedono il maschio e magari vanno via! Ma anche quando vanno in ospedale se trovano un operatore maschio ... Ci sono donne che hanno pudore anche di noi! Si vergognano a fare la visita, a fare certe cose! Non è nella loro abitudine, nel loro modo di essere! Però sostanzialmente, per quello non è un problema sentito.

Alcune donne ... quando si va partorire ci può essere anche un uomo, se si vede una donna in difficoltà si cerca di creare meno difficoltà possibile. Se si vede che una donna non vuole essere visitata nemmeno da me, valuto se è il caso di farlo o di non farlo. Però succede rarissimamente ora, come ora... Venti anni fa succedeva molto più frequentemente! Io sono specialista dall'86 ed ho sempre lavorato nel pubblico, ho fatto anche attività consultoriale, ho lavorato nel pubblico e nel privato sociale. Dall'87, quando mi sono specializzata sono entrata subito nei consultori, come sostituzione.

Avendo lavorato in prevalenza nei consultori ha avuto abbastanza esperienza con l'utenza immigrata...

I consultori hanno un utenza straniera alta.

A quanto le risulta le donne straniere che si rivolgono al vostro servizio come vengono a conoscenza di esso, come raggiungono il servizio che offrite? Ovvero quali sono i canali informativi che secondo lei consentono alle donne di rivolgersi al vostro servizio?

Il passaparola, poi c'è il sito web, ci sono le associazioni, ci sono i medici di medicina generale. Ci sono altri servizi. Il passaparola Sì. Il passaparola soprattutto.

Ci sono, secondo la sua esperienza, donne che possono avere maggiori difficoltà a raggiungere i consultori?

Non saprei.

Come valuta il rapporto con le donne straniere?

Difficilissimo! Donne somale, dall' Eritrea, del Mali...

Attualmente le donne somale rappresentano ancora una quota consistente o sono in diminuzione?

Insomma, fra i rifugiati che arrivano con i barconi somale ed eritree sono le prime etnie... le siriane, le somale e le eritree! Sono zone di guerra!

FORMAZIONE

Sono previste e sono state previste in passato attività formative rivolte al personale del servizio per facilitare l'attività lavorativa con le donne straniere?

Tutti gli anni si formano con qualche corso di aggiornamento, come sulla normativa. Hanno fatto anche corsi più ampi sulla comunicazione con donne straniere... Ma cambiando l'etnia cambia tutto! Ora più che altro un aggiornamento sulla normativa. Fortunatamente abbiamo l'ufficio stranieri che se abbiamo necessità ci supporta della USL se c'è qualche situazione strana ... ci danno la normativa, ci danno delle dritte. Poi ci inviano cose per mail, quindi ci tengono aggiornati!

RETE DI COLLABORAZIONE SUL TERRITORIO

Nella sua attività quotidiana quali sono gli enti in ambito sanitario e sociale con cui collaborate più frequentemente, quelli con cui lavorate in rete?

La Società della Salute, da Africa Insieme, ai servizi di Città Sottili ... Con Francesca Nucci, ha parlato? Ci sono servizi specifici, Nucci c'è per la parte ... anche la Cristina Fellino. Ci sono moltissime cooperative e associazioni che si occupano dell'utenza immigrata, anche perché qui abbiamo di tutto, richiedenti asilo, rom... la associazioni di immigrati... gli albanesi. La Società della Salute, ogni anno mette in atto tutta una serie di progettualità. Ad esempio le donne profughe vanno al CEP [il Consultorio Immigrati]

Fra quelli che mi ha citato, vi sono enti con cui collaborate più di frequente sul territorio? Potrebbe indicarli?

Tutte sono loro che vengono ... Ma anche case famiglia, centri sociali. Loro lo sanno che facciamo un certo lavoro, ci telefonano e dicono abbiamo bisogno di fare una consulenza a una ragazzina che sta nella nostra casa famiglia e che ha necessità di contraccezione, anche alla svelta, perché se no ci combina qualche guaio! Combiniamo, ma la facciamo venire e facciamo la valutazione chiaramente in ambito ginecologico e anche psicologico se necessario. Ci sono due psicologhe.

Potrebbe indicarmi, se possibile con maggiore precisione, quali sono degli enti con cui collaborate più frequentemente?

Sono tutti gli enti pubblici e del privato sociale. La Società della Salute, chiaramente noi vi facciamo parte e tutti gli enti che entrano a diritto nell'ambito della programmazione della Società della Salute sanno che noi siamo a disposizione. Noi siamo nei progetti del consultorio immigrati nel Progetto Sally per vittime di tratta, con DIM [*Donne in Movimento*], Il Cerchio, quelli sono ufficiali.

Sono questi ultimi quindi che rientrano in reti formalizzate?

E quelle sono formalizzate, nel senso che gli operatori di strada portano le donne che seguono, quindi lasciamo due posti al consultorio immigrati ogni giovedì. Però se c'è bisogno di altri posti ci telefonano e noi siamo lì e le inseriamo.

Oltre a quelli indicati vi sono altri enti in maniera meno formale?

Sì, la rete funziona così! Ci hanno chiesto certe volte ... abbiamo fatto degli interventi all'interno di associazioni, proprio in tempi passati, sulle donne somale, sulle donne marocchine.

Che tipo di interventi?

Interventi informativi, per la contracccezione.

Anche con donne vittime di tratta?

No. Quello non credo proprio anche perché se ne occupano loro e si fa un discorso uno a uno.

Come valuta invece i invece rapporti di collaborazione con gli ospedali?

I rapporti fra ospedale e territorio sono rapporti sempre difficili, perché bisogna creare delle reti. Noi il nostro ospedale di riferimento è a Pontedera e qualsiasi ... Sì, perché noi siamo azienda Asl ed i nostri ospedali di riferimento sono a Pontedera e Volterra. I rapporti vanno abbastanza bene.

Le donne di Pisa sono indirizzate a Pontedera?

Il nostro ospedale di riferimento è quello... In teoria noi le mandiamo là! Poi io vivo in una realtà che è quella pisana, per cui le nostre utenti vanno per il 90%, ed anche di più, all'ospedale di Pisa. Per cui abbiamo instaurato dei rapporti, delle procedure. Anche loro viaggiano per conto loro, nel senso che quando una donna arriva ... Noi abbiamo tantissime donne che ... poi le donne straniere hanno questo, che quando hanno qualcosa che non va bene, vanno all'ospedale. Anche per i test di gravidanza, per sapere se sono incinta o no, vanno al pronto soccorso! Per cui arrivano spessissimo che hanno già fatto due o tre accessi al pronto soccorso, oppure le seguiamo noi e loro vengono da noi che erano andate al

pronto soccorso perché avevano magari un dolorino... E allora noi diciamo “venite prima da noi”. Ma loro vanno al pronto soccorso!

E quindi spesso è il pronto soccorso che le indirizza ai servizi del consultori?

Sì il pronto soccorso ostetrico. Sì loro ce le mandano per prendere il librettino di gravidanza e ce le mandano per prenderle in gestione. Poi se sono in gravidanza, un paio di settimane prima il parto, le facciamo fare un passaggio al punto nascita. Su questo ci sono abbastanza rapporti.

Secondo lei sul territorio esiste una rete che consente di accompagnare e seguire le donne straniere con situazioni problematiche fra i vari servizi e facilitare l'accesso anche al vostro servizio, o vi sono delle carenze in tal senso?

Sì certamente sì. Non sarà perfetta come non è perfetto niente ...

A suo parere sul territorio vi è una “integrazione” fra servizi in ambito sociale e in ambito sanitario?

Sì quello ... Poi meglio di me glielo sanno dire coloro che si occupano di sociale, perché io mi occupo principalmente di salute, anche se un Consultorio è un servizio socio – sanitario... Ma noi ci occupiamo in primis di gestire la salute. Per il resto se ne occupa il servizio sociale e tutto il resto.

Secondo lei si potrebbe migliorare la situazione in tal senso?

E con maggiori risorse sicuramente si potrebbero fare tante cose in più.

Potrebbe esprimere invece una valutazione in riferimento a come è cambiata la realtà dei consultori nel tempo, dal momento che lei lavora da molto in questi servizi. Secondo lei vi sono stati mutamenti in positivo, in negativo?

Sicuramente in Toscana dal 2008 in poi c'è stato un cambiamento in positivo. Fino al 2008 i consultori erano sotto le attività distrettuali, o sotto il Dipartimento Materno Infantile, quindi avevano come responsabile il primario di ginecologia ed ostetricia e diventavano dei poliambulatori e basta! O erano sotto il territorio e a seconda della sensibilità o meno del responsabile, avevano una serie di attività ... Però si autogestivano, facevano corsi nascita, si occupavano di contraccezione, c'erano consultori giovani che erano codificati ... Però c'era sempre qualcuno che aveva tutt'altra mansione! O se no dipendevano direttamente dal Direttore Sanitario... Quindi con molta difficoltà! E avevano perso gran parte del loro ruolo, quello che c'era scritto nel POM e nello stesso tempo avevano poca forza contrattuale. Quello che chiedevo o trovavi un direttore sanitario o un responsabile molto sensibile oppure ... Dal 2008 la Regione Toscana .. Con la Livia Turco, che ha cercato di ridare dignità ai consultori nella Regione Toscana c'è stato un grosso investimento finanziario per riqualificare il consultorio, con la Delibera 159 della Regione Toscana, che appunto prevedeva che per ogni 200.000 abitanti ci deve essere un consultorio che deve avere queste caratteristiche: deve

avere una equipe fissa e al completo, mentre prima ai consultori, se non dal materno infantile, ci andavano quelli dell'ospedale e un giorno ci andava uno, un giorno ci andava un altro ...

Quindi non c'erano dei riferimenti certi per l'utenza ...

No, ed erano pochi i consultori dove c'era la figura dell'operatore del convenzionato esterno, mai visto, che lavorava! Questa rivoluzione in Toscana ha detto "no il consultorio deve essere una struttura che va rivalutata e per essere rivalutata ed avere una certa dignità deve diventare Unità Funzionale Semplice". Questo significa che deve avere un suo responsabile, deve avere un suo budget, deve avere del personale affidabile. Unità non operativa, perché operativa non ha budget, ma "funzionale", perché funzionale al budget. E così in tutte la ASL, in tutte le zone, perché c'è la Società della Salute che divide le zone... E ha dato delle direttive, un regolamento, per cui l'unità funzionale deve avere questo, questo, deve fare questo, questo e quest'altro e se i Direttori Generali non avessero fatto questo, non avrebbero avuto i soldi (che per altro, in teoria bisognava investirli tutti sul consultorio)! Poi la Regione ha detto "Io vi chiedo questo, se poi di tutti questi soldi, metà volete investirli in consultori e metà in progetti che riguardano i consultori questo non mi frega niente. Voi mi mandate una previsione ed io vi mando metà dei soldi. Poi mi dite se avete fatto tutto quello che io volevo e se questo progetto lo avete concluso. Se avete fatto il Responsabile dell' Unità Funzionale, se avete dato il budget, se avete fatto questo e allora vi dò il resto dei soldi!". Ed hanno dato ... credo che fosse circa per l'azienda di Pisa ...forse erano intorno ai 250.000 Euro. Un bel budget! Alcuni hanno fatto le mura del consultorio, altri hanno preso metà il responsabile ed hanno assunto il personale che mancava dalle cooperative. Io ho sempre quattro ragazzi che sono da sei anni, di una cooperativa ... Altri hanno comprato l'ecografo, perché era l'unica cosa che gli mancava altri ... E la Regione ha dato questi soldi e siamo diventati Unità funzionale! Quindi ognuno con un suo responsabile, ognuno con il territorio, con tutta una serie di obiettivi, responsabilità ed anche con la capacità e possibilità da parte del responsabile di organizzare i servizi in una determinata maniera, per seguire sempre di più quello che era il POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile). Questo ha voluto dire anche altri progetti per immigrati, ad esempio noi abbiamo fatto le feste abbiamo fatto ... non erano cifre grossissime, ma abbiamo fatto delle campagne contro le Mutilazioni Genitali Femminili, sulla prevenzione delle IVG. Noi il primo anno abbiamo fatto i contraccettivi gratis con i soldi della Regione e poi la nostra azienda ha continuato a darci un certo budget tutti gli anni. Questo è stato sicuramente un cambiamento positivo! Poi i tagli hanno dato ...

TAGLI AL WELFARE

I tagli da quando più o meno?

Saranno tre o quattro anni circa che ci sono tagli e la Regione ha sempre trovato un piccolo finanziamento da darci per la Mutilazione Genitale Femminile o per la prevenzione delle IVG o per la prevenzione della violenza. Abbiamo sempre avuto un po' di risorse da utilizzare per queste cose ed anche molto per la formazione!

Un budget quindi da destinare a progetti per le donne straniere?

Anche per le donne straniere! Dopo la 259, i primi anni, abbiamo avuto finanziamenti proprio per le donne straniere, perché la prevenzione delle mutilazioni, quello è per le donne straniere! La prevenzione delle IVG ripetute, quella è per le donne straniere! La contraccezione gratis è principalmente per le donne straniere!

I tagli alla sfera sanitaria hanno influito, secondo lei, anche sui servizi per le donne straniere?

I tagli hanno riguardato tutti, perché noi per il consultorio le donne straniere o le donne italiane .. Anzi le donne straniere hanno molti più privilegi rispetto a quelle italiane perché hanno tutto gratis, in quanto, nel consultorio immigrati, proprio per favorire questo tipo di utenza, noi diamo una serie di prestazioni assolutamente gratuite. Anche i contraccettivi! Loro non pagano la visita, non pagano il ticket, fanno il pap -test gratuito, fanno la visita gratuita, l'unico ecografo che abbiamo è al consultorio immigrati, quindi hanno anche il privilegio di avere l'ecografo! Perché sono sempre casi più complessi di quelle italiane! ... E i contraccettivi per la prevenzione della trasmissione delle malattie sessuali e soprattutto delle IVG e delle IVG ripetute... Quel minimo di budget che ci danno, fino a quando ce lo daranno, noi lo mettiamo nei contraccettivi da dare gratuitamente. Le spirali, le mettiamo gratuitamente, le leviamo gratuitamente, insomma... Si cerca di fare tutto quello che è umanamente possibile con le poche risorse che abbiamo a disposizione.

Secondo lei l'accorpamento in grandi Aree Vaste delle ASL Toscane, che entrerà in vigore dal primo gennaio 2016, avrà ripercussioni positive o negative sui servizi?

E' tutto da vedere! Bisogna vedere cosa esce fuori dai dipartimenti interaziendali, se determinate esperienze che sono solo di alcune ASL, ma non sono né possibili, né presenti in altre ASL continueranno ad esserci o verranno soppresse! Quando saremo tutti con procedure e modalità analoghe di comportamento, bisognerà vedere fra le cinque ASL della nostra Area Vasta se determinati progetti continueranno ad esserci. IL CEP c'è solamente qui a Pisa. Dalle altre parti non esiste un consultorio immigrati codificato, salvo forse a Livorno. Forse Firenze, ma Firenze è nell' Area Centro, io intendo dell'Area Vasta Nord - Ovest che è la nostra. Massa, non mi pare che ci sia. Viareggio no, Lucca no...

Dunque l'esistenza del Consultorio Immigrati potrebbe rischiare di essere messa in discussione?

Sì, perché secondo alcuni si tratta di un'esperienza ghettizzante. Dicono "voi avete fatto in consultorio apposta ma le donne devono essere integrate". Ho capito ma ... Ma a Viareggio, a Lucca non hanno né i campi nomadi ... tutta l'utenza rom, ci sono 900 rom, con tutte le problematiche che ci portano, ci sfornano bimbetti, ci sfornano IVG ecc.

Come valuta l'esperienza, l'attività del Consultorio Immigrati?

E' sempre un'esperienza che ha dato esiti positivi! Da' esito positivo anche l'integrazione, ma quando arrivano con la lingua ... Se ci fosse un'organizzazione che permettesse di avere il CEP qua, non solamente con tutte le problematiche, ma anche con il servizio sociale presente, il centro amministrativo presente ecc. ... non essendo possibile questa cosa, però, credo che sia meglio che rimanga là. Con una nuova modalità. Noi ci stiamo anche migliorando come modalità... visto che c'erano delle criticità, abbiamo fatto delle riunioni, migliorando anche l'organizzazione del giovedì pomeriggio quindi cominciando a fare una scrematura delle persone che vengono: chi non ha diritto viene rimandato nei servizi e poi si farà una valutazione dei ritorni. Perché ora, chiaramente, dopo 23 anni in cui un servizio è presente sul territorio, mi pare che siano ventitré... insomma devi sentire la Del Bravo che ha iniziato subito con il CEP...

Vi sono pubblicazioni inerenti il Consultorio Immigrati ?

Loro glielo sanno dire, qualche cosa c'è ma loro glielo sanno dire.

INTERVISTA DOTT.SSA PAPA
Responsabile dell' Unità Funzionale Donna ASL Napoli 1

Servizio/ i di riferimento:

Consultori ASL Napoli 1

Luogo:

Consultorio presso il Distretto 31 (Avvocata, Montecalvario, S.Giuseppe, Porto, Mercato, Pendino) Via Amerigo Vespucci (Palazzo della Fontana)

Ambito di intervento (sociale o sanitario):

_____ Sanitario _____

Tipologia di attività svolte con donne straniere:

Assistenza ostetrico - ginecologica, psicologica, sociale.

Giorni ed orari delle attività che coinvolgono le donne straniere

Tutti i giorni in cui i servizi dei consultori sono aperti per immigrate regolari ed irregolari

Da quanto tempo ricopre il ruolo di responsabile dei consultori dell' area pisana?

Io sono responsabile dell'Unità Complessa, mamma mia...

“Unità complessa” ?

Sì, perché deve sapere che il Progetto Obiettivo Materno Infantile, prevede il Dipartimento Materno Infantile, perché quello che io sto tentando di fare ... devo dire la verità l'attuale direzione mi ha aiutato molto, ma anche, vabbè tutti mi hanno aiutato, diciamo fino ad un certo punto.. C'è questa, diciamo, il dipartimento dovrebbe essere un qualche cosa che deve coordinare sia il territorio, sia l'ospedale. Ora, chiaramente il dipartimento significa anche dei costi, perché prevede due Unità Complesse e il Dipartimento quindi, data la situazione della

“spending-review”, hanno fatto due Unità Complesse, che prima si chiamavano tutte e due materno-infantile. Grazie alla presenza del generale ... non so se lei ha seguito le sorti della Napoli 1 ... La Napoli 1 ha avuto come Commissario Straordinario un generale dell’arma dei carabinieri, tal Maurizio Scoppa, persona deliziosa, con la quale mi continuo a sentire ed al quale chiesi “guardi, le spiace nominare la mia unità complessa “salute donna”? Perché io con i bambini (per carità li adoro e li adorerò sempre) però, io vorrei interrompere questo legame... perché sembra che la donna se non è madre non ha diritto all’accesso alle cure! E dico quindi facciamo “salute-donna” e “salute-bambino”. Poi hanno voluto fare salute-adolescente e con quello mi hanno un poco fregato, però voglio dire, va bene così...

Quindi, al momento attuale, la mia unità complessa si chiama “Tutela Salute Donna” e questo è stato un traguardo sconfinato, voglio dire, veramente sconfinato! Però probabilmente, come diceva Pasolini, questa cosa sarà capita fra trent’anni anni, cosa che sta succedendo per le sue opere! Probabilmente se avremo una regressione per quanto riguarda il femminismo, non sarà mai capita la differenza, mentre invece, come diceva Moretti “le parole hanno un peso”. E secondo me le parole hanno un peso!... E quindi, dunque, io sono responsabile penso dal ‘95.

Dal ‘95 ha potuto notare dei cambiamenti del servizio dei consultori?

La situazione dei consultori come ha sentito è drammatica! Perché non hanno più da un punto di vista sociale...No, da un punto di vista sociale sì, ma da un punto di vista diciamo di organizzazione sanitaria, programmazione sanitaria, non si comprende il ruolo che svolgono e che hanno sempre svolto. E quindi, insomma, sembra che non ci sia mai diciamo un’attività che rientra come per legge nei Livelli Essenziali di Assistenza, perché noi siamo Lea! Diciamo il fatto di pensare di chiudere, aprire, significa fondamentalmente che non si sa che cosa fanno queste agenzie, quella poi è la verità. Mentre c’è stato un momento di partecipazione delle donne, che adesso è completamente...perché, diciamo, le donne sono scorporate dalla sanità pubblica e anche diciamo quelle impegnate...però io sono la responsabile della salute delle donne in Asl, e non ho contatti con le organizzazioni femminili, il che dovrebbe invece essere proprio, diciamo, il fulcro! Ed invece purtroppo questo non accade e questa è una cosa, diciamo, assolutamente negativa. Comunque non c’è più quel vento politico che soffiava quando i consultori sono stati aperti.

Nei primi anni ‘80 a Napoli vero?

Sì. Il primo diciamo è stato proprio nell’81, abbiamo aperto Pietravallo in un container., proprio con Ugo Vairo, e poi Milano, Fuorigrotta... questi sono stati. Che poi sono stati anche quelli che poiché, diciamo, l’equipe si è andata formando mano, mano, quindi eravamo tutte giovani e tutte ...

Piene di entusiasmo immagino...

E anche con l’entusiasmo! Soprattutto eravamo giovani, c’era la voglia di fare, non c’erano, diciamo, preconcetti, non c’era diciamo tanta tutela della propria persona, per cui ci si impegnava, si faceva... insomma! Adesso invece ...

Diciamo che dall' '81 fino all' '89... ma guardi, posso dire, finché non è cambiata l'aria ecco, diciamo politica nel nostro paese, i consultori ... e anche voglio dire quando abbiamo avuto dei ministri della salute che hanno influito, diciamo, così le scelte... Il momento di avvio politico è stato importante perché abbiamo avuto delle ministre della sanità che sono state fortemente a favore dei consultori.

Prima della Turco, Rosi Bindi, perché Rosi Bindi ha fatto il "Progetto Obiettivo Materno Infantile" che è legge dello stato ma non è ancora applicato. E questo diciamo dipende dal fatto che la salute delle donne e il ruolo delle donne nella società non ha assolutamente il riconoscimento che dovrebbe avere. Allora si fa sempre questo discorso delle quote rosa, delle donne che hanno ruoli dirigenziali... Questo è importante, ma l'altra cosa molto più importante è sapere, appunto, lei come mamma ha un valore sociale? Anna, come la mia amica che è nonna, ha un valore sociale? Un valore politico? Un valore economico? Questo è il problema, che nessuno affronta, nella maniera più assoluta! Nonostante, devo dire che Rosi Bindi è stata una grande ministra, la Turco si è impegnata moltissimo, ha fatto il "Patto della salute", abbiamo fatto dei lavori importanti sulla salute delle donne... E poi, c'è stato quello che tutti noi sappiamo e quindi dalle veline, a **considerare** le donne diciamo delle suppellettili, il passaggio è stato breve! Per cui anche i servizi dedicati alle donne hanno perso, praticamente, di significato. Ed ecco, quindi, un imbecille, mi limito ad imbecille perché c'è lei, di un Direttore di Distretto che non sa nemmeno di che parla, ha praticamente decretato la chiusura ad agosto di due consultori dicendo che "si spostano le prenotazioni".

In che senso la chiusura ad agosto?

Chiude una settimana ad agosto e poi riapre. Il che è proprio una follia perché ad agosto c'è proprio la guerra... Gli ospedali sono, proprio anche loro sotto organico, per cui se uno arriva per la contraccezione di emergenza può anche morire. I consultori che già restano aperti solo di mattina, li andiamo pure a chiudere! Non funziona, non funziona!

Questa diciamo è la base. Se una struttura non ha un riconoscimento, vuol dire che insomma... è destinata... Adesso ci saranno i quarant'anni dei consultori e qualche giorno fa "Il fatto quotidiano" ha fatto questo pezzo riconoscendone il ruolo... però, insomma, un pezzo mediocre devo dire la verità! Sarà, probabilmente, o sicuramente che la giornalista sarà donna giovane che non poteva sapere tutta una serie di fatti. L'altro aspetto negativo dell'attuale situazione è che ormai i consultori sono delegati a fare una serie di attività che prima non facevano, non facevano! Per esempio adesso io ho nominato la dottoressa Lucariello, che è la nostra psicologa, che però qui non fa solo l'accoglienza delle donne, i gruppi donne, per quello c'era tutto il discorso dell'autodeterminazione. Cioè gli psicologi e le psicologhe, avevano fondamentalmente questo ruolo, che era quello di far comprendere alle donne il loro potenziale e quindi, diciamo, di passare da una medicina "direttiva" a una medicina "condivisa", e quindi, far capire alle persone che sono loro, poi, a gestire il tutto perché il medico può fare la prescrizione e il resto... Adesso, invece, la dottoressa Lucariello è impegnata nelle adozioni, nelle adozioni internazionali, lo spazio neutro... Cioè, tutte una serie di incombenze, che niente hanno a che fare con il consultorio! Il problema è che il consultorio essendo terra di nessuno... Io le dico dall'alto della mia presunzione, io sono certa che quando andrò in pensione, sarà la fine, sarà la fine! Come per alcuni consultori, ad esempio quello di Fuorigrotta, dove ha lavorato

Maragrazia Bartoli, Mariagrazia è andata in pensione e i dati di attività stanno scendendo, perché poi sono le persone che fanno le istituzioni, non viceversa. Ovvio, dovrebbe essere viceversa!

Certo. I Piani di Rientro messi in atto per la Regione Campania hanno influito sul servizio?

Moltissimo, moltissimo! Ed infatti vede adesso c'è stato questo problema del budget di distretto ... Io qui non ho avuto problemi ancora e se me ne fa, mi incazzo da morire! Praticamente noi abbiamo una tipologia di contratto che si chiama la "specialistica ambulatoriale" e per la maggioranza i ginecologi che sono nei consultori hanno questo tipo di contratto, che è un contratto meraviglioso, possono fare quello che a loro pare e piace, tra cui anche assentarsi e chiamare il sostituto. Questa cosa è comoda per loro, ma ancora più comoda per il servizio, ovviamente, perché abbiamo la possibilità di non chiudere mai la porta! Infatti domani, io, ho qui due ginecologi che sono tutti e due in ferie, perché poi non li avrei mai messi tutti e due in ferie, però...

Vi sarebbe la possibilità di un sostituto?

No! Il problema è che il loro contratto non mi dà la possibilità di dire no. Perché mentre per i dipendenti posso dire "tu vai in ferie 15 giorni a tua scelta e gli altri 15 (poiché questa è la regola) te li scelgo io"... Siccome questi hanno un contratto... Infatti Anna è qui perché 15 giorni li ha scelti lei e 15 giorni glieli darò io quando sarà possibile. Il problema è che invece loro hanno un contratto che li tutela, per cui io non posso fare assolutamente niente.

Ora, questo invece ha detto "No, non c'è il budget, e quindi non ti autorizzo a chiamare il sostituto"... Quindi voglio dire, insomma!

In ogni caso per i consultori dell'Asl "Napoli 1"?

Sì, sì, sempre i consultori di Napoli 1. Il Consultorio Stella.

Per fortuna diciamo che c'è il consultorio San Gennaro adesso giù, che però non fa le cose che fa il consultorio Stella, perché Stella dovrebbe fare l'accesso per le IVG, una serie di cose... Quindi un disastro totale!

In tutto questo se lei vede i budget assegnati per le aziende ... La ministra Lorenzin, che ovviamente non è una persona che gode della mia simpatia, comunque, vuole puntare tutto sul territorio, la Lorenzin è una persona "altra" come competenze... Io dico solamente che nel nostro paese, abbiamo i ministri che non sono competenti, passano dalle infrastrutture dei trasporti a quelle della sanità... si scambiano le cariche. Però devo dire che la Lorenzin si è fatta un'ottima squadra, perché, per esempio, i report che lei chiede per le interruzioni della gravidanza, sono report intelligenti. Quindi voglio dire la squadra è buona e lei sta insistendo molto perché si faccia una medicina territoriale, che è l'unica possibilità per non continuare a morire come sta accadendo adesso! Quindi voglio dire ...

Questo, tutto sommato potrebbe, in teoria, dare linfa ai consultori?

Certo, il problema però, è che siccome ormai dei consultori si parla sempre meno, se non quando succede che la ragazzina ha abortito ed è morta, c'è il certificato

del consultorio... oppure ha preso la pillola ed è successo un altro guaio... solo in quei casi finiamo sui giornali e mai per le prestazioni veramente erogate! Quindi, diciamo è una situazione, insomma, critica in questo momento.

Ha rilevato invece difficoltà in riferimento all'attività che svolgete con le donne straniere per i recenti tagli alla spesa sanitaria?

Il problema guardi è che a noi in Campania soprattutto, manca completamente la programmazione, completamente guardi! Noi abbiamo doppioni, doppioni su doppioni! Se lei per esempio pensa che il policlinico "Federico II" o il "Pascale", queste due strutture fanno ambulatorio di primo livello. Gli ambulatori di primo livello esistono già sul territorio, quello che manca è l'integrazione. Allora se io (come abbiamo fatto per esempio con lo screening) io consultorio, primo livello, parlo in dialetto, accetto le extracomunitarie, accetto i senza fissa dimora, sono il primo livello, il primissimo livello, diagnostico una patologia che merita di un approfondimento, mando al secondo o terzo livello. Invece tutti fanno tutto! Questo con un dispendio di energie, di denaro e poi soprattutto, poi, non c'è nessunissima, nessunissima, tracciabilità di niente! E quindi diciamo perciò non c'è programmazione !

In che senso secondo lei non c'è tracciabilità, nel senso che ci vorrebbe un sistema di flussi informativi più adeguato ?

Sì perché vede per esempio noi adesso abbiamo il programma che adoperiamo per la prevenzione oncologica... Se per esempio, cosa che accadeva prima, una signora torna dopo sei mesi in un altro consultorio a fare il "pap-test" ed invece da programmazione prevede che lo deve fare una volta ogni tre anni, noi blocchiamo immediatamente! Per cui, cosa può succedere? Che una signora se lo fa al consultorio, poi se lo va a fare al Pascal, poi se lo va fare al Policlinico...perché purtroppo questa è la verità che o c'è gente che non fa nulla per tutta la propria vita o c'è gente che invece spazia. E questo diciamo... Però guardi, non ci vorrebbe moltissimo, sa? Ci vorrebbe meno burocrazia, più persone competenti nei posti giusti ... le cose poi si fanno! Guardì, noi abbiamo fatto questo progetto con il centro di IVG questa scheda, diciamo, dedicata alla raccolta dati delle donne che richiedono l'interruzione di gravidanza. Ci abbiamo messo un anno, un anno e mezzo, ma la cosa sta andando.

In quale tipologia di progetto rientra?

No, non è un progetto. Diciamo che siccome sono anche responsabile del flusso dati "IVG" dall'Asl al Ministero, allora mi sono accorta, questo veramente da molto tempo, da quando ero al Policlinico, che il modello che si compila per l'interruzione di gravidanza si chiama...[telefonata]

Per esempio noi adesso abbiamo raccolto grazie a questa scheda che abbiamo fatto, veramente l'ho scopiazzata dall'Emilia Romagna, però ci ho messo delle cose un po' più nostre... perché anche, diciamo questo modello "D/ B-12" che si compila nell'ospedale, non dice assolutamente niente! Dice che Rosetta Papa ha fatto un'interruzione di gravidanza, quanti anni ha, dove vive, quanti figli ha, fine del messaggio. Cioè, è un fatto puramente, proprio, epidemiologico di sapere quante interruzioni di gravidanza si fanno. Invece noi con questa scheda abbiamo una serie di informazioni... Perché la 194 è la legge della prevenzione, non è la

legge dell'interruzione di gravidanza ... E quindi grazie a questa scheda abbiamo raccolto una serie di informazioni che paradossalmente, devo dire la verità, ricalcano i motivi per cui le donne interrompono, che sono più o meno sempre gli stessi, sempre gli stessi: la difficoltà economica, magari qualche gravidanza fuori dal matrimonio e il fallimento del metodo contraccettivo. Sono sempre gli stessi motivi! E' ovvio che quando i motivi sono questi e non c'è un welfare, perché in Campania non c'è un welfare, diciamo, di che parliamo? Infatti mi arrabbio molto con i colleghi che fanno i certificati, perché è inutile che perdete tempo a parlare, innanzitutto una donna ha deciso, non è che aspetta un consiglio. Il certificato è un obbligo di legge, dopo che avete fatto il certificato, se la signora vuole, parla con l'assistente sociale, con la psicologa... Ma non pensate che la gente venga qua "lo faccio, non lo faccio?" Chi viene ha deciso! Oddio, ci sono anche persone che poi, diciamo, hanno ritrattato, ci hanno telefonato e hanno deciso di continuare e di solito sono le donne più giovani, che magari erano la prima gravidanza. Ma quando si arriva a tre figli e poi...

Così per esempio, grazie a questa scheda, io spero di avere un indotto soprattutto per le straniere, per quanto riguarda la violenza, perché abbiamo messo una domanda, questa è copiata dall'Emilia Romagna, abbiamo messo una pagina dedicata al partner maschile. Quindi se ne è al corrente, se non ne è al corrente e se ne è al corrente, che cosa ne pensa : indifferente, contrario, favorevole. Allora quando per esempio vediamo che o "non ne è al corrente" o "se è al corrente, è indifferente"... C'è un campanello! Soprattutto se c'è la ragazza, la signora straniera... comincia ad illuminarsi qualcosa, insomma!

Passando alle immigrate, che sono oramai una percentuale elevata dell'utenza dei consultori.

In base alla sua esperienza, visto che gestisce da tempo tali servizi, saprebbe dirmi da quando si è incrementata l'affluenza di donne straniere presso i consultori dell'ASL Napoli 1?

Sì, sì, ma infatti. La presenza delle donne straniere, diciamo, è un po' ... la deve paragonare a quando le donne italiane cominciavano ad accedere ai consultori. Nel senso che per loro è una novità assoluta, perché molte nei loro paesi non hanno assistenza sanitaria o se ce l'hanno sono, insomma, discutibili, e quindi loro vengono molto volentieri! La cosa interessante è che le donne straniere, per esempio, noi ne abbiamo molte che portano i bambini a vaccinare qua! E quindi, cosa che poi è prevista dal progetto obbiettivo, il bambino paradossalmente rappresenta il collegamento, poi, diciamo, chiaramente sta agli operatori promuovere il consultorio, "signora guardi che affianco c'è la possibilità di.." quindi di prenotare in maniera agevole.

Quindi diciamo che sicuramente man a mano che aumentano i flussi migratori, aumenta anche l'utenza straniera.

Saprebbe dirmi quali sono in prevalenza le nazionalità di provenienza delle donne straniere che si rivolgono al servizio?

Allora noi abbiamo sia il programma "screening", però questo, per esempio, è una cosa che Patrizia Castagna le potrebbe dare, perché loro lavorano sul nostro programma, sul "Plinius" ... E quindi per esempio, lei può sapere... Adesso le dico la verità, non c'è O. [un suo collaboratore], ma quando c'è lui, entra e insomma scorre una serie di cose. Noi possiamo sapere quante donne straniere

accedono allo Screening, così come possiamo sapere quante donne straniere fanno richiesta di interruzione di gravidanza. Questi sono i due programmi che abbiamo e che funzionano. Quindi, questa cosa, questo è un dato che diciamo possiamo avere tranquillamente..

Il programma fa un disaggregazione che consente di sapere quali siano le nazionalità prevalenti?

Anche quello possiamo saperlo con i dati Polonia e Srilanka, sono le più significative. Per esempio, sicuramente le cinesi non vengono.

Saprebbe indicarmi invece, quali sono, le motivazioni principali per le quali le donne straniere si rivolgono al vostro servizio (ad esempio maternità, IVG o altro)?

La maternità, sì. Perché appunto loro ... insomma, perché le donne immigrate sono giovani ovviamente, e quindi, diciamo, loro arrivano in età fertile. E quindi, è normale! E purtroppo in tutti e due i sensi, sia per la gravidanza, sia per le IVG. Allora per quanto riguarda i dati, non c'è problema, perché possiamo ricavarli praticamente da là.

A quanto le risulta le donne straniere che si rivolgono al vostro servizio come vengono a conoscenza di esso, come raggiungono il servizio che offrite? Ovvero quali sono i canali informativi che secondo lei consentono alle donne di rivolgersi al vostro servizio?

Senta, le donne ROM arrivano perché in ogni campo c'è la capa e quindi le porta!

C'è una utenza considerevole anche di donne ROM in questo consultorio?

Sì. Io ho per esempio come amica questa Turcana, che stava al campo rom di Secondigliano, che veniva da me. Lei ancora adesso viene da me , la nuora...insomma..

Ha mantenuto questo legame, devo dire. E lei è quella che veramente si fa carico della salute, nel campo, delle donne. Poi, devo dire, le associazioni funzionano molto!

Secondo lei ci sono maggiori difficoltà per donne di una certa provenienza a raggiungere il servizio? In tal caso quali?

Le cinesi non vengono. Le cinesi hanno la loro sanità, sia per le IVG ... Loro vanno a partorire proprio, perché devono andare a partorire. Ma non hanno nessun rapporto con le strutture territoriali.

Avete riscontrato difficoltà invece nel caso di donne che hanno poco tempo a disposizione ad esempio, quelle che lavorano come collaboratrici domestiche?

Sì, ma infatti... Diciamo che c'è stato un periodo in cui avevamo deciso di aprire il giovedì pomeriggio ... Però, il personale aveva chiesto gli straordinari e quindi non se n'è fatto più niente! Per esempio, una cosa che ho appreso ieri, proprio, perché ho dovuto mandare una borsa di progetto al ministero... Ieri ho appreso

che questo distretto, proprio il 31, è quello che ha la maggiore utenza immigrata e anche il maggior numero di madri nubili, nonché di madri adolescenti... Quindi siamo proprio ben messi! Cioè ci vorrebbe proprio gente ben motivata a lavorare!

MEDIAZIONE INTER - CULTURALE

E' prevista la presenza di mediatrici culturali?

Sì se lei pensa un'altra cosa enorme che è accaduta è la presenza della mediatrice culturale! Noi qui ne abbiamo una fissa praticamente, che è quella ragazza che forse lei ha visto qualche volta bionda e molto carina... Non ricordo come si chiama, ma Anna glielo saprà dire.

E' una mediatrice fissa che lavora nel consultorio?

Fissa nel senso, diciamo, noi non la chiamiamo come mediatrice, lavora con il socio - sanitario, lei infatti lavora sempre con Clara Capraro, però se noi ... Diciamo il progetto Yalla funziona che se mi serve una mediatrice culturale russa il giorno prima per il giorno dopo e poi mi arriva la mediatrice russa! Quindi anche questo ha contribuito a far aumentare l'utenza straniera.

Da quando è iniziata l'attività di mediazione?

Mah ... in maniera proprio sistematica, almeno un paio d'anni!

Ed in precedenza?

Prima diciamo ci arrangiavamo e poteva capitare che non c'erano... Questo...era...magari appunto .. Alcune nazionalità non c'erano, e quindi eravamo un po' fregati, però c'era sempre l'amica che parlava italiano. Si capiva, insomma! Si riusciva comunque!

Attualmente la mediazione è un' attività fissa o a chiamata?

E' a chiamata, ma adesso siamo certi che la cosa funziona! Però per esempio questo anche grazie alla Ragione, è una cosa regolamentata, fatta bene, voglio dire c'è un attestato che risulta.

Per l' attività di mediazione "a chiamata" dunque come mi accennava, fate riferimento al servizio regionale Yalla?

Sì, sì. Il progetto regionale è Yalla.

E vi sono altri servizi di mediazione a cui fate riferimento?

No...ce ne saranno pure! Perché prima per esempio... ma quello poi, Dedalus è sempre Yalla,

Vi è una convenzione con il servizio regionale Yalla?

No, Yalla ha vinto credo, una sorta di appalto. Per cui è, diciamo, c'ha questo monopolio insomma. Perché tutti i distretti Asl di Napoli 1, fanno riferimento a Yalla, perché è proprio il progetto regionale.

C'è un budget dedicato per la mediazione o un limite di budget in tal senso?

No, no. E' tutto diciamo... gestisce tutto Yalla. Noi dobbiamo fondamentalmente, soltanto, certificare!

Quindi non vi sono spese aggiuntive da parte dei vostri enti per la mediazione?

No. Noi dobbiamo fondamentalmente soltanto certificare che quella mediatrice è stata qui dalle 10 a mezzogiorno.

Ah !

Basta sì, sì. Non ricade sul budget del distretto, altrimenti ci taglierebbero anche quello!

In quali circostanze si fa in genere ricorso alle attività di una mediatrice o di un mediatore culturale (per questioni linguistiche o per problematiche culturali)?

Non solo, per conoscere proprio l'atteggiamento culturale della persona, insomma. Per esempio abbiamo ben sei musulmane!

FORMAZIONE

In riferimento, invece, alla formazione sono state previste in passato attività formative rivolte al personale del servizio per facilitare l'attività lavorativa con le utenti straniere?

Guardi, noi abbiamo fatto dei corsi ... che non servono veramente a niente, proprio a niente! Li abbiamo fatti insieme a Rossella Bondonno e Patrizia Castagna, però non servono proprio a nulla! No, non c'è una formazione diciamo, tra virgolette, sul campo!

In che senso non servono a nulla?

Non servono a nulla perché ... Io purtroppo non si può fare, ma io a inizio, infatti l'ho fatto una sola volta e non l'ho fatto più ... Ad inizio lezione dico sempre "chi non è interessato può andarsene tranquillamente, la firma gliela metto lo stesso!". Perché preferisco avere cinque persone in aula che però dopo possono essere, diciamo, portatori di una qualche informazione che passa! Perché altrimenti io che parlo a fare?

Così come, invece, dissi questa frase, il responsabile della formazione disse "Guarda, non la dire mai più; non puoi... perché se questi se ne vanno, tu teoricamente li devi considerare assenti." E quindi non l'ho mai più detta! Però, non lo faccio più perché mi son fatta vecchia, ma io prima quando facevo lezione,

chiedevo sempre a qualche collaboratore (prima c'avevo un collaboratore che era un fac - totum meraviglioso), di fare foto all' auditorio.

Dalle foto emerge l' interesse...

Dalle foto emerge!

Quindi diciamo che questi corsi non hanno avuto questa... la valenza che dovevano avere?

I corsi in genere...i corsi di formazione siccome sono obbligatori, tra virgolette, si scrive gente solo per farli; ma non perché c'è una motivazione davvero! No..

E secondo lei, come si potrebbe migliorare il rapporto con le utenti straniere, anche perché in realtà, le lauree mediche difficilmente prevedono un'attenzione nei confronti di utenze diverse... non solo nei confronti degli stranieri, ma dalla diversità in generale!

L'università non forma da questo punto di vista! L'università non forma! Diciamoci innanzitutto questo!

Certo e quindi non è facile per un medico, magari anziano, che ha sempre vissuto in un certo clima, rapportarsi con un'utenza così diversa anche se magari è complicatissimo per tutti ...

Il problema è anche i giovani non si sanno rapportare, perché l'università... l'università forma, fa didattica, per quanto riguarda la medicina e tutto il resto, ma l'approccio, l'accoglienza, la comprensione dell'altro non esiste! Non esiste!

Non è facile. Che cosa consentirebbe di migliorare magari secondo lei il rapporto anche con le utenti straniere?

Si dovrebbe dare maggiore visibilità, per esempio, a Giorgio Berti, a persone che hanno studiato l'importanza e la valenza della comunicazione in sanità! Perché quando, diciamo, si accoglie una persona, veramente noi abbiamo già fatto metà della terapia! Invece, purtroppo guardi, mi creda, io fondamentalmente faccio corsi su questo, eh appunto, ho scritto su questo! Ma io ho collaboratori che sparerei in fronte, insomma! Detto in maniera molto molto sincera!

RETE DI COLLABORAZIONE SUL TERRITORIO

A suo parere sul territorio esiste una rete che consente accompagnare le donne straniere con situazioni particolarmente problematiche fra i vari servizi e favorire l'accesso anche al vostro servizio o vi sono delle carenze in tal senso?

Sì, sì, sì. Per esempio c'è... non mi ricordo come si chiama... forse è una postazione Yalla quella che sta nella traversa di Piazza Garibaldi. Sì una postazione Yalla, c'è anche Yalla.

Guardi, anche... le dico la verità. Le reti sul territorio ci sono. Qui c'è l'altro problema che non si parlano tra di loro. Cioè, sono reti reali, che esistono, però...

Ecco io per esempio dialogo con alcune, per esempio con Yalla, con una associazione che sta proprio a Piazza Garibaldi che ogni tanto mi chiama... Però se lei vede, per esempio, il Piano di Zona del Comune di Napoli...che non so se l'ha già consultato... E' una fonte, anche quella, inesauribile. Deve mettere "piano di zona comune di Napoli 2012-2015". Guardi lei se va sul sito, e sul Piano di Zona sul sito c'è molto; c'è veramente molto! Nel senso che ci sono reti che io non conosco proprio, quindi voglio dire ne saprà sicuramente... Perché ogni Distretto ha la sua ovviamente... Perché il Piano di Zona è fatto municipalità per municipalità, per cui lei sa esattamente per ogni municipalità quali sono le convenzioni. E' fondamentale, perché le dà una serie di informazioni sulle reti e quindi, sui fondi che vengono investiti ogni anno.

Io, l'unica cosa che contesto in maniera proprio fino all'inverosimile, è che non ci sono gli indicatori!

Cioè, io per esempio adesso dico "Yalla" funziona, questo progetto della Regione Campania funziona, per esempio, con le mediatrici culturali !

Nella vostra attività quotidiana quali sono gli enti del sociale o dell'ambito sanitario con cui collaborate più frequentemente ?

Gli enti del sociale, noi abbiamo qua, diciamo, il servizio socio-sanitario, ogni distretto c'ha il suo... Qui se ne occupa la dottoressa Capraro, quella con i capelli rossi. E diciamo, è più lei, che cura questo aspetto! Per la parte sanitaria, abbiamo come riferimento reciproco l'ambulatorio della Scalesi, dove c'è Luciano Gualdieri, perché ci sono a volte delle patologie che non sono di tipo ginecologico e non possono essere accolte dal ginecologo. Allora inviamo a Luciano, che invece, ha un quadro molto ampio delle patologie degli immigrati, soprattutto di quelli veramente che sbarcano, sulle carrette, quelli che si salvano dai naufragi! Poi sì, adesso adoperiamo molto il San Gennaro per le ecografie e poi ci sono i Policlinici.

Fate riferimento anche al Loreto- Mare per le IVG?

Il Loreto Mare per le interruzioni di gravidanza , sì, sì.

Che è proprio vicino ...

No, ma infatti, diciamo che questo famoso progetto IVG che ho messo in piedi, questo percorso, giustamente, non lo chiamiamo progetto, questo percorso IVG che ho messo in piedi, l'ho fatto perché siamo di fronte! E quindi c'è ogni tanto il collega di là che viene qua, insomma, l'assistente sociale va là...Voglio dire, è una rete che sta funzionando!

In tal senso vi è "integrazione" fra territorio ed ospedale?

Sì. Purtroppo devo dire la verità, per esempio l'integrazione con la Sun e con la Federico II, diciamo che è molto legata al fatto che io sono stata fino al '79 al Policlinico. E quindi, per esempio adesso, l'attuale diretto della SUN, della clinica ostetrica della SUN è un mio coetaneo, un mio amico, per cui ovviamente alzo il telefono... Perché purtroppo come ho avuto modo di scrivere, ci sono le gerarchie, non c'è niente da fare! L'università è l'università e basta! E poi ci sono gli ospedali e poi infine il territorio. Però se telefono io, allora c'è l'accesso. Ed io

infatti, sfruttando questo fatto, ho fatto i percorsi. Noi per esempio adesso, come prevenzione oncologica noi abbiamo come nostro terzo livello la Federico II. E stiamo andando benissimo! Tutta la ASL ha proprio come riferimento la Federico II.

Cioè voglio dire, l'integrazione è sempre fatta tra persone poi... Le persone per integrarsi devono riconoscersi e stimarsi! Altrimenti non ci si integra. Se io penso che il mio interlocutore è un ignorante io non mi integrerò mai, perché penserò sempre che sono superiore e migliore. Quindi se tu mi mandi una persona con un sospetto, io non ti prendo proprio in considerazione, ricomincio a rifare tutti gli esami alla signora e quindi si interrompe l'integrazione.

Quali sono, invece, gli enti del sociale con cui collaborate più frequentemente per le problematiche delle utenti straniere?

Nei casi sociali, diciamo, che abbiamo intercettato, sono stati soprattutto legati ai casi di interruzione di gravidanza, soprattutto ma non solo. Una volta ci è capitato un caso al limite della illegalità. C'era questa signora che insomma mi veniva sempre a parlare di questa ragazza, che era ... non ricordo di che parte del mondo era, non ricordo ... e praticamente, lei aveva lasciato il marito e i due bambini in questo posto del mondo, ed erano gestiti dalla suocera. Lei è venuta qua a lavorare ed era nata qua questa storia d'amore, era rimasta incinta, però non voleva abortire. Questa signora anziana che diciamo faceva un po' da tutor a questa ragazza ...praticamente, pian piano (ti faccio il riassunto), pian piano, pian piano, l'aveva convinta a partorire e a lasciare in affidamento il bambino. Poi invece questa ragazza non ha voluto assolutamente lasciare il bambino all'ospedale, se l'è tenuto. Insomma, alla fine, si è scoperto che lei era stata abbandonata dal marito, quindi questa storia era tutta un'altra vita, che aveva una rete di sostegno a Napoli, costituita da persone della sua stessa nazionalità, ed invece questa signora anziana sembrava che fosse l'unico riferimento ... Poi andò l'ostetrica e trovò, diciamo, le sue amiche che le erano andate a far visita all'ospedale.

Ma quindi l'ostetrica alle volte segue l'utente anche in ospedale?

No va beh, quando ci sono questi casi qua... Lei è andata durante l'orario delle visite. Andò un attimo per vedere che situazione c'era! E trovò una situazione normale, come di una qualunque donna italiana, c'erano le sue amiche che le facevano visita quindi voglio dire...

Beh questa è una cosa molto positiva...

Sì, infatti. Tutta questa tragedia, così rappresentata da questa signora, che invece voleva dare un neonato ad un nipote che non ne poteva avere, senza passare nemmeno per vie legali, una follia totale, totale! Infatti la cacciai in malo modo le dissi "Signora non si deve mai più far vedere da me!" No perché ci sarebbe stata una collisione! Perché noi avevamo seguito la gravidanza della ragazza, che piangeva sempre, piangeva sempre! E poi voglio dire, che fine aveva fatto il consultorio quando questa aveva partorito? Ma poi voglio dire, da un punto di vista legale... Perché poi io avevo fatto scrivere in cartella che la signora era fortemente intenzionata a sfruttare la legge che prevede il patto in anonimato, invece poi ...

Lei mi ha accennato al fatto che non c'è un disegno politico ben definito. Secondo lei vi è integrazione fra i vari ambiti del sociale e del sanitario per far fronte alle problematiche delle immigrate ?

No, non c'è. Perché vede, se ci fosse una programmazione, ci sarebbe proprio ... I consultori, gli ambulatori, dovrebbero essere aperti di pomeriggio, il giorno che loro sono libere, di giovedì! Invece non c'è. E non c'è nemmeno da parte delle associazioni una richiesta in tal senso! Qualche settimana fa proprio la dottoressa Capraro incontrò una ragazza, nell'ascensore del Loreto, che aveva abortito e le disse "io adesso vado a lavorare". Perché diciamo non aveva diritto a niente, a niente!

Secondo lei cosa si potrebbe fare per migliorare la situazione, per facilitare l'accesso e la fruizione da parte delle donne straniere ai servizi sanitari sul territorio?

Guardi, innanzitutto, bisognerebbe appunto stabilire degli indicatori di esito di queste associazioni per vedere cosa fanno, innanzitutto cosa fanno! In base a questo fare poi una selezione. Quelle più attive, quelle che portano a dei risultati, allora integrarle poi con le strutture sanitarie. Perché poi fondamentalmente la loro finalità dovrebbe essere quella di far accedere le persone, dopo di che però l'attività dell'associazione dovrebbe essere quella di fare appunto rete con il resto!

Diciamo che ci vorrebbe una direttiva politica quindi?

Ci vorrebbe una volontà politica e una competenza!

E una competenza... perché se no l'integrazione resta legata sempre alle persone.

E infatti. Sì sì, è così, è così, non c'è niente da fare! Per esempio noi abbiamo presentato questo progetto ieri al CCM per le mamme ROM e per le donne in fragilità. E voglio dire, se si fa questa procedura della visita domiciliare, perché dovremmo avere fondi, la visita domiciliare per esempio è una cosa splendida! Innanzi tutto perché ti consente di entrare nelle case e di vedere esattamente come questa gente vive e con chi vive!

Il progetto prevede visite ginecologiche a livello domiciliare o con le ostetriche?

Una visita post parto!

Post parto ad esempio per sostenere l'allattamento?

Brava. Perché in questo modo si sostiene l'allattamento materno, questo devo dire anche per le donne italiane... Si sostiene l'allattamento, si può intercettare eventualmente anche una depressione post parto, e poi fondamentalmente si garantisce la dimissione precoce! Cioè voglio dire, l'ho mandato!

Sarebbe un bel progetto dal momento che coinvolge per le mamme rom, con situazioni di maggior fragilità. Alcuni consultori, mi dicevano anche il consultorio Stella che accoglie una quota alta di utenza immigrata, prevedevano in passato, dei percorsi analoghi con gli operatori, le ostetriche?

Guardi il consultorio Stella diciamo... Sì, anche se adesso se ne è un po' sceso. Però la ... diciamo, noi avevamo cominciato con le visite domiciliari, ma poi son finiti i soldi! Cioè voglio dire!

Anche per questo distretto avevate previsto delle visite domiciliari?

C'erano! C'erano le ostetriche che andavano a casa, ma non è stato più possibile!

Questo da quando più o meno?

Ma questo da molto tempo... Non siamo mai andati in casa di una straniera, mai!

Secondo lei, i diritti delle donne straniere sono adeguatamente tutelati da un punto di vista sanitario?

Ma perché i diritti delle donne italiane non sono tutelati! In genere i diritti delle persone povere non sono tutelati! Quindi, quindi io dico sempre infatti che gli stranieri hanno fatto venire fuori anche i nostri poveri! Perché alcune malattie per esempio noi pensiamo che siano solo appannaggio delle persone straniere, non è vero! Sono appannaggio della povertà, della scarsa igiene, della scarsa alimentazione! Pensa alla tubercolosi!

INTERVISTA A D.

Direzione e Programmazione della Società della Salute Zona Pisana

Lei che il ruolo svolge nella Società della Salute?

Io mi occupo... sono nello staff della Direzione e nella programmazione, mi occupo di diverse cose: mi occupo della marginalità, delle dipendenze, in parte della salute mentale, del settore materno-infantile. Poi faccio due cose un po' particolari: mi occupo di agricoltura sociale e poi sono referente per la promozione della salute, quindi lavoro con le scuole, con gli insegnanti... Faccio molte cose, come immagini! Noi siamo pochi e per cui facciamo tante cose! Quindi ho più un ruolo di programmazione, di progettazione... ora francamente la parola programmazione mi sembra un po' grossa per come stiamo facendo adesso, anche perché la cornice della programmazione è saltata in questo momento, non c'è! Fai molta progettazione, co-progettazione, nell'agricoltura sociale...programmi, ok... Quindi attualmente è questo quello che faccio. Sono stato prima in Università, perché sono uno storico di formazione, poi ho abbandonato quella strada. Sono stato ad insegnare alle scuole medie e poi sono stato diversi anni, sette, otto anni Presidente in una Cooperativa Sociale.

... E quindi ho un passato di cooperazione, del terzo settore, che è una parte della mia anima, anche qui.

Questa è la sede della Società della Salute, qui c'è sia il centro direzionale della Società della Salute, la sede in cui si riuniscono l'Assemblea e la Giunta, la sede di alcuni servizi integrati, sia servizi in natura sanitaria che socio - sanitaria... Questo non significa che tutti i servizi della zona pisana siano qui, perché poi ci sono i diversi punti di accesso al sistema dei servizi sociali, cioè segretariati, i diversi servizi che sono sparsi sul territorio che è piuttosto vasto. Però appunto qui c'è il centro direzionale.

Quando nasce la Società della Salute e con quali obiettivi?

La Società della Salute nasce per occuparsi principalmente dell'integrazione socio- sanitaria. Cioè, in un momento in cui i comuni volevano ritirare le deleghe, la politica ha invece rafforzato il ruolo dei comuni nel governo del territorio, quindi nel sociale e nel sanitario. Il progetto della Società della Salute nasce da un'esigenza a livello regionale e poi trova qui sul territorio degli interpreti.

Questo luogo nasce come Distretto Integrato e non come Società della Salute, quindi come sede integrata tra servizi sanitari e sociali. Quindi questa era l'intuizione! In realtà sull'onda del Decreto Legislativo n. 229 della Bindi e poi della 328 del 2000, quindi dalla metà-fine anni '90, nasce il Distretto Integrato. La Regione Toscana fa un passo in avanti... "Facciamo la Società della Salute, facciamo un consorzio pubblico tra i Comuni e la ASL, in cui si governi e si programmi insieme", non solo il sociale, il socio - sanitario e la sanità territoriale, ma anche tutti quei determinanti non sanitari che hanno a che vedere con la salute, in riferimento all'OMS, alla Carta di Ottawa etc. In realtà noi nasciamo con una forte impronta partecipativa, sia istituzionale che, invece, sul livello della sussidiarietà orizzontale, del terzo settore ... Si forma la Consulta del Terzo Settore.

La Società della Salute di Pisa è fra le prime in Toscana ad essere costituite, in maniera sperimentale?

Sì e comunque è una delle prime a nascere ... Nasce completamente insieme a Firenze!

Quando si costituisce?

Nel 2002, non ricordo, nel 2003 ... Sì... 2002, 2003. E nasce da questa esperienza di Distretto Integrato, come ti dicevo; nasce sull'integrazione. L'idea è che l'integrazione socio-sanitaria e lavorare sulla salute, fosse centrale per la popolazione del territorio!

La Società della Salute quindi nasce con l'obiettivo di accompagnare la persona fra i vari servizi del territorio in maniera integrata?

Non è solo questo. L'idea è di programmare insieme! Cioè di utilizzare i budget, i denari, in maniera integrata!

Si forma la Consulta... nel 2003... Comunque già fin dal 2000 si fanno una serie di percorsi partecipativi, con un'organizzazione del territorio. Nasce la Consulta del Terzo Settore, articolata per tavoli anche sulla scia di una serie di convegni di settore: sui minori, sulle dipendenze, sulle marginalità etc... E cominciamo a programmare!

Si costituisce anche un tavolo sull'immigrazione?

Anche sull'immigrazione, sì. Un tavolo sull'immigrazione molto attivo per altro! E' così... Questa è stata la base! Diciamo che poi c'è stata una trasformazione, sia a livello istituzionale che poi nelle pratiche. Quindi attualmente l'impianto partecipativo, così come è nato, non esiste; esistono dei tavoli, delle reti, esistono delle procedure di co-progettazione, ma un vero e proprio percorso partecipativo diciamo che è stato, non abbandonato, ma è in corso di rielaborazione... Anche perché se noi nasciamo per programmare e la Regione ormai da anni non fa più il Piano Integrato di Salute, è difficile chiamare il terzo settore! Però c'è un'attività permanente in rapporto col terzo settore! Quindi attualmente il rapporto con il Terzo settore è molto legato a progetti di progettazione, co-progettazione, il quadro della programmazione è più lasco... si parla di programmazione molto meno!

Ciò come diceva è legato al fatto che la Regione non ha più elaborato un Piano Integrato di Salute?

Attualmente non c'è la cornice del Piano Integrato della Salute. E su alcune ... Noi ci basiamo su un'intuizione che ha avuto anche un po' la Giunta, l'Assemblea, di individuare alcune essenzialità, perché di livelli essenziali non se ne può parlare... E diciamo che c'è un contorno di soggetti del terzo settore molto attivi, con i quali continuamente c'è un rapporto! Ma non parlerei di programmazione! Parlerei di progettazione, parlerei di ideazione comune anche. A volte davvero facciamo progetti innovativi insieme, ma la cornice della programmazione è molto labile, e non è un bene; non è un bene! E non è, voglio

dire, ascrivibile solo ai nostri amministratori, c'è anche una cornice di risorse finanziarie sempre più magra e quindi diventa davvero difficile! E quindi, insomma, nonostante questo, tu tieni conto che come Società della Salute gestiamo tutto, disabilità, salute mentale. Salute mentale e dipendenze sono un po' esterne, però il sociale e socio-sanitario sono gestiti qui, quindi tutto! Dalla disabilità... con diversi progetti sperimentali... Bassa soglia... Noi abbiamo un accordo di tre Società della Salute, la Pisana, la Fiorentina e la Livornese, con la Regione e il CNCA toscano per la gestione, ormai da anni, dei servizi di bassa soglia, che sono quasi unici in Italia da questo punto di vista, con un protocollo pubblico, privato, con un tavolo di monitoraggio condiviso!

Quindi inizialmente l'esperienza di partecipazione è stata molto positiva e poi la situazione è mutata?

C'è stata un'interruzione di quel tipo di esperienza, di quell'approccio! Bisogna dire al terzo settore... Per esempio che non è mai riuscito a tirare dentro le grandi cooperative che avevano i grandi appalti, non sono mai stati presenti al tavolo perché facevano altre cose.

Quali cooperative?

AGAPE, PAIM, le cooperative che hanno le RSA, questi grossi appalti di food services, etc. Non sono mai stati presenti al tavolo! Quindi in questo il terzo settore, per esempio... eh appunto, ... come dire ... Credo che come si può ascrivere alla Società della Salute un'interruzione di questa esperienza, si può ascrivere al terzo settore un'immaturità da questo punto di vista!

Saprebbe dirmi da quando, più o meno questa esperienza di condivisione e partecipazione si è interrotta?

Dal 2007....dal 2008 si è andata spegnendo l'esperienza! L'esperienza purtroppo si è interrotta!

C'era inizialmente anche una rete molto ampia di associazioni enti del terzo settore che partecipava alla Consulta del Terzo Settore?

Amplissima!

E invece adesso, non c'è più?

No. Non mi pare! C'è una rete che si attiva... Diciamo che si attiva su una co-progettazione, su dei problemi, su delle cose! Io credo tra l'altro che la partecipazione così come l'avevamo impostata, non potremo più sostenerla... siamo un terzo di quelli che eravamo!

Per quale ragione?

Come mai, è difficile rispondere! Di fatto ad un certo punto c'è stata una compressione delle funzioni... e quindi, noi eravamo diverse persone che ci occupavamo delle cose e adesso... siamo pochi! Siamo quelli che siamo! Sicuramente è stato qualcosa che ha avuto a che vedere con ... però è proprio il

cambiamento! C'è stato un cambiamento diverso; questa attività forte di programmazione si è interrotta.

Ciò è legato a decisioni della Giunta?

Non te lo so dire.

Si può ritenere che questo mutamento sia legato ad una volontà politica?

Sì...sì, certo! C'è stato proprio un cambiamento! Un cambiamento nelle politiche... un cambiamento intenzionale... Eh, quando c'è i cambiamenti...

C'è stata dunque una precisa volontà politica di interrompere un'esperienza abbastanza unica in Italia in termini di integrazione socio – sanitaria e di partecipazione?

Forse non unica.. ma insomma, non così diffusa! Al tempo eravamo abbastanza unici... Nel senso, tra i pochi ad aver fatto quell'esperienza! Debbo dire che col senno di poi, forse, era troppo, alla lunga, poteva diventare insostenibile! Avremo dovuto razionalizzarla di più.

Razionalizzarla da un punto di vista economico?

Dal punto di vista proprio delle risorse profuse! Però, ha prodotto grandi cose! Il sistema attuale è prodotto da quella fase lì! Poi un po' più qua, un po' più in là.. però ... Eh però adesso non sarebbe più sostenibile! Proprio io seguivo tutti i tavoli... Essendo responsabile dell' Ufficio di Piano, mi occupavo della pianificazione! E quindi organizzavo i tavoli. Poi ognuno c'aveva il suo tavolo, io stesso avevo un tavolo! Ad un certo punto non facevo più solo i tavoli... cioè voglio dire, richiedeva un... Ora non potrei più farlo! Faccio cinquantamila cose! Quindi non...Tra l'altro non c'è più questo tipo d'approccio! Anche perché la programmazione nello stato attuale... sì, ce ne è un pochino!

*Fra i **limiti** della Società della Salute si potrebbe far riferimento al fatto che il budget era gestito principalmente dalla ASL e che ciò andava un po' a limitare il percorso partecipativo volto a realizzare anche progettualità innovative?*

Si diciamo che soprattutto negli ultimi tempi è così!

L'involuzione securitaria delle politiche in ambito migratorio a livello territoriale ha influito su tale processo di cambiamento?

Questo penso vada al di là! Siamo partiti in un modo e siamo finiti in un altro! Questo penso vada al di là! Penso ci sia stato proprio un passo indietro rispetto alla partecipazione, all'apertura di... non è un problema solo del terzo settore... Io partecipavo alle sedute di budget e alle sedute di assemblea... Saranno sei sette anni che non vado più in un posto del genere! E' cambiato, è cambiato, proprio! Non è un problema della ASL... Cioè sarebbe guardare ... non è quello il problema! Il problema è che quando la politica fa un passo indietro, il campo lo pigliano i tecnici... quindi al budget seguono le responsabilità funzionali che fanno il budget, che alla fine diventa l'unico atto di programmazione! Però niente

di partecipato! E' diventato un esercizio molto burocratico, fatto molto bene, molte volte! Però quel coinvolgimento che poteva portare alle grosse innovazioni ... devo dire che forse non c'è neanche più un terzo settore disponibile a fare queste cose! Questi ci investivano un sacco di tempo! Don Armando, per primo, ma tutti gli altri... tempo che non era remunerato! E ora il terzo settore 'ha margini ridottissimi!

Vi è una sentenza della Corte Costituzionale del 2010 che ha delegittimato la forma giuridica della Società della Salute.⁴ Vi è pertanto la possibilità che l'attività della Società della Salute si smantellata?

No, no, lo stato della Società della Salute attualmente è stabile! Non è in via di smantellamento! soprattutto quella pisana, proprio no! Quindi da questo punto di vista, nonostante ci siano state delle trasformazioni e dei periodi... Non è mai stata interrotta! La Consulta del Comitato esiste e la gente continua ad iscriversi. Però i tavoli come li abbiamo conosciuti noi, non ci sono più! Non è più il tavolo... esiste il tavolo dell'agricoltura sociale, c'è il tavolo della disabilità, che è attivo perché nella disabilità c'è molta attività di tutela anche... e molte associazioni familiari! Però un sistema di tavoli, una partecipazione come c'era stata, non c'è attualmente!

Per quanto riguarda l'immigrazione invece?

Per quanto riguarda l'immigrazione... la situazione è un po' controversa ...

C'era inizialmente un tavolo molto attivo mi diceva. Vi prendevano parte anche associazioni di immigrati?

Sì, c'erano delle associazioni di immigrati... Debbo dire che però non è che gli immigrati fossero molto presenti... C'erano associazioni che lavoravano con gli immigrati, sì! In queste associazioni c'erano molto immigrati, ma non erano associazioni di immigrati. Erano associazioni del terzo settore che lavoravano con gli immigrati. Poi c'erano tanti immigrati al tavolo, certo, ma come operatori , come professionisti, questo sì ed era sicuramente una cosa utile!

C'è stato un tavolo molto attivo, che ha prodotto una serie di servizi molto innovativi nel tempo... diciamo che poi, per un certo periodo, c'è stata anche un'attività di grande rilevanza rivolta alla popolazione Rom, per la costruzione di un villaggio...

Con il progetto "Città sottili"?

Sì, Città Sottili. Con qualche contraddizione che nel tempo, diciamo, non ha permesso di continuare questo progetto anche se si continua a lavorare con i ROM...

Tali contraddizioni sono legate a scelte politiche?

⁴ La sentenza della Corte Costituzionale 326 del 2010 ha respinto il ricorso della Regione Toscana contro la Finanziaria del 2010 che ha delegittimato la forma giuridica della Società della Salute.

Sì, dall'alto, hanno tagliato, anche un po' politicamente diciamo...

Si potrebbe ritenere che ciò è legato alla involuzione securitaria dell'amministrazione Filippeschi?

Direi proprio di sì. Ti dico qual è il livello tecnico! A livello tecnico c'è tutto un lavoro con la popolazione ROM, ma la cornice, la deriva che c'è, spesso si traduce in... anche appunto, sgomberi, cose del genere che... insomma, sono, secondo me, poco utili! Bisogna dire che, il riallacciare un livello di integrazione con la popolazione ROM, con i programmi, non è una cosa facile! E quindi, ci sono anche alcune organizzazioni particolarmente attive ma anche in antagonismo con le linee della Società della Salute...

Ad esempio "Africa Insieme"?⁵

Tipo Africa Insieme, che sono amici che io apprezzo molto fra l'altro... Noi abbiamo tutti gli sportelli, stiamo facendo un sacco di lavoro dal punto di vista della ... come dire ... lavoro nella scuola, lavoro all'interno dei servizi socio-sanitari, con l'accoglienza, col servizio di interpretariato. Però diciamo che un ruolo forte della politica nei confronti dell'immigrazione è molto più prudente ... e siamo diventati molto più prudenti anche tecnicamente!

Quali sono invece i servizi che gestite in particolare nell'ambito dell'immigrazione femminile, in riferimento alle tematiche della salute?

Si tratta di servizi, sportelli di organizzazioni del terzo settore che lavorano in convenzione con la Società della Salute.

Poi c'è il consultorio, un Consultorio per Immigrati... Sono operatori molto bravi, soprattutto la ginecologa, al CEP ... Tieni conto che l'unità mobile... Lì sono molto esperti, c'è proprio una tradizione di accoglienza. C'è poi, un servizio di mediazione, su chiamata, non è proprio l'ideale ...

Il servizio di mediazione è anche nell'ambito del settore materno – infantile?

Per il settore materno infantile. Poi la Società della Salute abbiamo fatto percorsi di formazione.

Il consultorio Immigrati presso il CEP nasce con la Società della Salute?

No, allora... Tieni conto che i servizi consultoriali ci sono da sempre. Ma la cosa la devi vedere così: esistono una serie di servizi territoriali, consultori, distretti, che esistono. Cioè che esistono e sono gestiti ... la sanità territoriale è gestita direttamente dalla ASL. La Società della Salute ha un ruolo di programmazione, per cui, faccio per dire, i servizi rivolti alla prostituzione di strada, fanno servizi di accompagnamento al consultorio, con un'utenza legata alla prostituzione su strada, maschile, femminile e transgender.

⁵ Tale domanda è legata a quanto era emerso nel corso dell'intervista al Presidente dell'Associazione Africa Insieme.

C'è una rete che coinvolge sociale e sanitario in riferimento alle donne immigrate? Quali sono in particolare le reti che riguardano le donne immigrate e che sono gestite dalla Società della Salute?

Sì. Sì In particolar modo abbiamo un protocollo tra i servizi territoriali, una rete di accoglienza, con il consultorio e l'azienda ospedaliera, per quanto riguarda la violenza alle donne, con un protocollo specifico per quanto riguarda le donne straniere. Abbiamo una casa d'accoglienza per le donne straniere, con tutto quello che significa anche rispetto all'accoglienza per donne vittime di tratta, straniere per lo più, ovviamente!

Una rete che richiede manutenzione quindi, insomma, lì c'è anche un bell'investimento! Una roba che con tutte le... che coinvolge il servizio sociale, il consultorio... una rete vera tra servizi e terzo settore! Una rete vera! Attualmente stiamo lavorando tanto ancora sul discorso della violenza e del codice rosa. E questo è rimasto un settore molto vivace!

Quali sono le organizzazioni coinvolte in tali reti che lavorano con le donne straniere?

I servizi di strada sono di Arnera. Invece la Casa di Accoglienza Salima è dell'associazione "Donne in movimento" e la rete dell'accoglienza... C'è un'accoglienza, loro hanno anche l'accoglienza, una reperibilità h. 24. Poi c'è la Casa della Donna che è anche una casa rifugio, oltre ad essere sportello d'ascolto, è anche una casa d'accoglienza. E poi abbiamo un'accoglienza di secondo livello che fa Arnera, con la ex- cooperativa il Progetto che ora è confluito in Arnera, di donne con bambini, bambine, che si trovano in situazioni socio economiche disastrose.

Le donne con bambini accolte sono sia italiane che straniere?

Sì anche. Indifferentemente! Questa rete è legata da un protocollo formalizzato con i servizi. Ora stiamo lavorando con l'azienda ospedaliera per il codice rosa, da anni, e quindi c'è accoglienza, sportello etc... Quindi c'è un lavoro in questo senso anche con le donne straniere, direttamente. DIM, Donne in Movimento, fa anche un lavoro di empowerment, rispetto alle donne, al lavoro, alla patente e cose così ... e fa anche un lavoro di protezione e di accoglienza. Poi c'è la Casa Rifugio, che è segretata. E questo è tutto in contatto con i servizi di strada. Poi il contatto è stato un po' tempestoso tra il Progetto Sally e Casa Salima, perché sono nati insieme, poi ... insieme al CNCA, quindi... Casa Salima è dell'associazione Donne in Movimento che accoglie donne immigrate. E anche per diversità di approccio, l'approccio e la riduzione del danno, spesso, per chi si occupa della prostituzione, è vista come una diminuzione, no? Sono approcci complementari, per quanto mi riguarda! Quindi, ecco, su questo versante, soprattutto sul versante della marginalità, noi abbiamo servizi di accoglienza per i senza dimora. Quindi anche questi sono in sinergia. Per cui, molti senza dimora e alcune senza dimora, le donne sono nel mondo senza dimora, come saprai meglio di me, sono proprio pochissime ... Quindi diciamo c'è una sinergia di servizi di strada, di marginalità ... Molto meno per esempio lavoriamo sulla promozione di percorsi lavorativi! Abbiamo ora fatto un progetto sperimentale, il progetto FEI, con la Regione e continueremo a farlo con un modello per mettere insieme i servizi sociali e i servizi del Centro per l' Impiego, in modo che si lavori con un modello unico ...

Perché il supporto, soprattutto agli stranieri, o riesci ad integrarlo o non cogli la possibilità di fare l'accompagnamento! Su questo noi siamo un po' al confine ... sui Rom, invece, come ti dicevo, c'è stata una deriva un po' più securitaria!

In riferimento al discorso sulle reti, visionando il sito web della Società della Salute si evince che le reti formalizzate sono molteplici nell'ambito della Consulta, dell'Agorà?

Sì, ma queste sono cose che non esistono più! Sulle donne ci sono reti vere e che lavorano! Per esempio, appunto, per dirti questa rete che è legata con una linea guida, scritta insieme al terzo settore, passo, passo, tra servizi sociali, servizi socio-sanitari (consultorio) e terzo settore; scritta passo, passo! Questa è una cosa unica secondo me! Una linea guida con tutti i problemi, non è che questo risolve... però tu hai una linea guida, per cui hai una guida linea sull'emergenza! In sostanza lega tre soggetti del terzo settore: Associazione Donne in Movimento, Associazione Casa della Donna e la Cooperativa Arnera, ex cooperativa Il progetto, con tre interventi che sono complementari. Sia l'associazione Casa della Donna che Donne in Movimento, appunto lavorano sulla violenza; l'associazione Donne in Movimento ha anche un servizio di pronta reperibilità, e quindi fanno accoglienza e su questo c'è una rete vera! Vera anche rispetto, per esempio, alla presa in carico dei servizi. Quando io parlo di servizi... Allora... La titolarità dei servizi sociali è dei comuni; la titolarità dei servizi di sanità territoriale e ospedalieri sono della ASL; poi c'è il socio-sanitario in cui si coopera. Quale è il modello che c'è qui? Che la ASL è il gestore unico dei servizi, gestisce per noi i servizi sociali, anche quelli socio-sanitari e quelli della sanità territoriale. L'ospedale no, perché c'è un'altra azienda, c'è un'azienda ospedaliera. A questo punto, quando io parlo di servizi, parlo di servizi della ASL. Però, io che ho avuto la responsabilità di scrittura delle linee guida, c'avevo i servizi avanti! Qui c'è la responsabile dei servizi per l'immigrazione, c'è la responsabile dei servizi per la disabilità ... qui dentro ci sono tutti i responsabili dei servizi sociali! Quindi, è chiaro che il consultorio viene qui... viene qui il Responsabile della salute mentale e lavora con me, al tavolo agricoltura sociale, faccio per dire, o al tavolo sulla violenza sui minori che è un'altra rete che si è formata! Queste reti sono reti vere! Che è diverso dalla programmazione, sono reti di funzionamento! Che coinvolgono tutti i servizi, sociale, consultoriale... Anche i servizi per le dipendenze e la salute mentale, con maggiore fatica, debbo dire, dovuta anche ad un carico di lavoro enorme che hanno ... le dipendenze e la salute mentale enorme! Sono assolutamente sottodimensionati e quindi... e quindi va beh... Questa rete esiste e funziona sia dal punto di vista dell'accoglienza!

Nelle reti in riferimento alla salute delle donne immigrate è coinvolta anche la Caritas?

La Caritas è una delle sponde! E' una delle sponde per noi! Fa sicuramente da sponda sia sulle povertà, sulle marginalità...che , con le donne, in qualche modo... anche sull'accoglienza qualche volta. Ad esempio la San Vincenzo ci fa da anni un ambulatorio, riconosciuto dalla ASL, in cui si fa diagnosi e ricettazione per persone senza dimora, in cui vanno tante donne straniere, anche senza permesso di soggiorno. Quindi tutto l' STP, viene rilasciato anche dalla San Vincenzo per esempio!

San Vincenzo del Paoli, la associazione cattolica... l'organizzazione. Non è un associazione!

Ancora in riferimento alle reti che coinvolgono le donne immigrate, lavorate anche in collaborazione con i sindacati?

Mhn...no! Sindacati? Non che io sappia! Qui c'è un forte ruolo dei servizi sociali territoriali ... del Segretariato Sociale, del Pronto Soccorso con l' Azienda Ospedaliera e le forze dell'ordine, che hanno firmato un protocollo con noi e che va sempre mantenuto. Ora per esempio, la L., che è quella che si è affacciata, era in ospedale a lavorare sul codice rosa. Quindi abbiamo un sistema, un protocollo, anche col pronto soccorso e con l'azienda ospedaliera. Cioè questa è una rete vera, formalizzata, con problemi... ma con procedure di prese in carico, procedure del singolo proprio! Chi fa cosa, quando, entro quale tempo...quasi una carta del servizio. Una rete vera! Vera!

Anche a Firenze. Una rete vera. C'è il responsabile per l'accoglienza, l'area del servizio sociale territoriale, c'è un'assistente sociale che fa quella cosa, c'è una psicologa del consultorio che prende in carico. Poco! Ci sono... dovremmo fare dieci, molte volte di più. Ma c'è!

Per quanto riguarda il settore materno infantile invece, vi sono progetti per favorire l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari da parte delle donne straniere?

Per il materno infantile, in realtà poi...eh sì. Ma, c'è tanto servizio di mediazione e gli sportelli stessi fungono anche da punti di invio. Abbiamo fatto tanta formazione agli operatori, tanta! formazione a operatori sociali, sanitari e così via! Il Consultorio Immigrati è una cosa che funziona e funziona tanto! C'è stata tutta una formazione sulla etno-psichiatria etc... Ci sono strumenti anche rivolti agli immigrati in cartaceo tradotto. Debbo dire che questo poi è la sostanza delle cose che possiamo fare!

Vi occupate anche di realizzare attività informative per facilitare l'accesso e la fruibilità dei servizi rivolti alle immigrate?

Sì. E poi nei distretti c'è del materiale plurilingue che viene dato alle donne! Ma lì c'è davvero un'attività del consultorio ormai tradizionale ... Sicuramente ci saranno dei problemi da questo punto di vista, però mi pare che almeno su questo livello ci sia davvero una buona comunicazione con le donne immigrate! Ora va beh, questi ultimi flussi... sono flussi totalmente... Poi, devo dire, c'è un grosso lavorone ... Abbiamo uno Sprar attivo da almeno undici anni... C'è un grosso lavoro anche da parte loro! C'è uno sportello Sprar ... poi l'Associazione Donne in Movimento che fa sportello rivolto alle donne immigrate fa su questo un grande lavoro! E' chiaro poi che io non saprei dirti se è sufficiente o no! Non so che dirti! Secondo me c'è una competenza diffusa nei distretti, nei servizi.

Nei servizi?

Sì, abbastanza diffusa. Ti ripeto, si è fatto tanto investimento di formazione! Poi trovi molti buchi su questo e secondo me è uno dei problemi, anche perché spesso gli operatori hanno degli atteggiamenti espulsivi nei confronti delle persone

extracomunitarie, come nei confronti dei senza dimora, italiani doc... comportamenti espulsivi! Perché abbiamo forti problemi ad integrare gli aspetti della psichiatria! Molte donne che... anche se... mettiamo storie d'immigrazione, si portano dietro disagi altissimi e non è facile integrare la psichiatria! Che qui, devo dire, i servizi sono tutti sotto organico!

Quali sono invece le attività svolte dagli sportelli sui territori in riferimento alle questioni inerenti la salute delle donne immigrate?

Allora sul territorio ci sono sportelli che si occupano di immigrazione: casa, lavoro e pratiche! Pratiche legate allo stato giuridico, legate all'orientamento ai servizi... L'accoglienza per la violenza non può essere fatta tramite uno sportello! Poi è chiaro che loro... però non hanno né una formazione in questo senso né... però la Casa della Donna, che è un'associazione militante, fa da decine di anni questo lavoro ed è molto conosciuta... Donne in movimento, anche lì c'è una militanza vecchia... purtroppo la fondatrice è morta precocemente, Elena Mezzetti, a cui è intitolata la sala di sotto. E' stata vice-presidente della consulta fra l'altro. E... però, insomma, qui c'è proprio una tradizione in questo senso! Anche una tradizione storica sul femminismo... quindi anche da questo punto di vista, cambiarlo... Cioè...poi ti ripeto, accanto a questa metti i servizi sulla marginalità sociale, che prende la parte più derelitta delle donne, dove c'è un'unità di strada, un segretariato, c'è un diurno, un'accoglienza h. 24. Ora stiamo facendo anche "House in first", quindi un programma sperimentale sui senza dimora che vengono messi in casa immediatamente senza un programma, un programma europeo. Quindi, su questo c'è qui a Pisa un piccolo fuoco acceso insomma.. lasciato però da... io facevo l'operatore in strada... sicché mi ricordo come è nato, ci fu un'emergenza freddo e si disse "ok mettiamo su il dormitorio", "mettiamo su i servizi di riduzione al danno". Trent'anni fa! Cioè voglio dire, io me li ricordo, cioè frutto di questa stagione!...che io ho vissuto, io c'ero dentro e lo facevo! Ma, insomma, senza questa stagione non ci sarebbe neanche stata la Società della Salute, probabilmente. Tieni conto che quelli che eravamo qui, i tre quarti venivano da esperienze di no-profit. Quindi c'era proprio un investimento ideale, che c'è tutt'ora! Però chiaramente gli spazi sono cambiati e vanno vissuti in un altro modo... anche i rapporti con il terzo settore sono diversi! Ora, però, senza star a fare tutte queste chiacchiere... Sulle donne ci sono reti vere, povere ancora, potremo fare molto di più, soprattutto sui percorsi di empowerment rispetto al lavoro, rispetto al riprendere un ruolo dentro il contesto sociale, perché chiaramente ti ritrovi... rispetto anche ad educare, al... ora...non al rispetto delle donne, come dire, ma a promuovere un diverso rapporto relazionale con le diversità! C'è tanto da fare! Però delle cose vengono fatte! Quindi su questo, mi sembra, che la stagione ha lasciato qualche frutto, qualche semino è cascato per terra.

La stagione del...?

La stagione della partecipazione, del movimento che c'è stato a Pisa...ha lasciato qualche frutto!

Si può ritenere che la Società della Salute faciliti la realizzazione di reti, network fra i diversi ambiti sul territorio di Pisa?

Questo è rimasto! Su alcune cose esiste una rete vera! Ad esempio sulla marginalità, sulle dipendenze, sulle donne, sono reti vere!

La ringrazio.

INTERVISTA A DON ARMANDO ZAPPOLINI

**Ex-Presidente della Consulta del Terzo settore della Società della Salute –
Zona pisana**

**Presidente CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza)
Presidente della Cooperativa Il Cammino (Perignano - Pisa) e presidente
onorario dell' Associazione Bhalobasa (Perignano - Pisa)**

Fra le diverse cariche che ha ricoperto nel tempo, è stato presidente della Consulta della Società della Salute di Pisa?

Sì. Vi erano 108 associazioni che erano parte della Consulta delle Associazioni della Società della Salute dell' area pisana, di Pisa e dei comuni introno a Pisa. Per questo territorio [Perignano] rientriamo in un'altra area, quella della Valdera. Io qui avendo dei gruppi non volevo entrare in conflitti di interesse, poi Pisa era molto più complessa come rete, come dinamica, quindi mi hanno chiesto se potevo essere io a presiedere la Consulta. Per diversi anni sono stato Presidente della Consulta, sedevo come uditor ed assistevo nella Giunta della Società della Salute. Quindi c'era una sinergia molto forte fra la parte politica gestionale e questa parte di rappresentanza! Infatti la Società della Salute, ora ha avuto un po' di rallentamento, ma il progetto originario secondo me rimane molto valido perché mette insieme ... un po' nello spirito della 328 ... mette insieme tutta una rete di volontariato attivo accreditato, quindi senza fini di lucro, non con interessi privati, ma senza fini di lucro... Però con una capacità non solo di esecuzione dei servizi e dei progetti, ma anche di concorrere alla lettura, alla programmazione, in rete... Per me per diversi anni, è stato un lavoro molto bello ed anche molto stimolante! Siamo stati insieme noi e i sindaci a protestare in prefettura per i tagli al welfare! Quindi c'era grande sinergia! Quindi penso sia la strada, ora si è un po' rallentata.

La Società della Salute a Pisa nasce agli inizi del 2000 e formalmente è stata istituita nel 2005?

Sì.

In quale periodo, con precisione, è stato presidente della Consulta?

Eh questo non me lo ricordo esattamente! Bisogna cercarlo sul sito.

Lei ricorda come è nata la Società della Salute?

Sì, io ne parlavo con il nostro presidente Rossi, fin dagli inizi, siamo stati anche a Calcutta insieme i primi tempi che era assessore! L'intuizione è una intuizione molto bella, perché è nata per creare una sinergia fra pezzi del pubblico. Noi abbiamo il sociale, il sanitario che erano due mondi che non parlavano fra loro e il terzo settore e il volontariato che erano volontariato. Capito? Enrico Rossi il

nostro Presidente della Regione, quando era sindaco di Pontedera e poi è diventato Assessore alla Sanità, ha scoperto nel suo territorio, qui, che sinergia era possibile fra realtà del terzo settore e una politica intelligente, che unisce i mondi! E ha creato questo come un modello! Che secondo me è la traduzione migliore della 328, se portata in fondo! Quella era la vera sintesi! Creare una struttura territoriale socio – sanitaria con l’apporto fondamentale anche del terzo settore, che difendesse la centralità del pubblico e favorisse le reti... perché le reti le sappiamo costruire noi, il pubblico non sa costruire reti! Quindi la nostra capacità è mettere insieme anche pezzi diversi! E lì nella Consulta con fatica, si è creata ... ora penso ancora, ma gli anni che ero io Presidente... si è creata una bella sinergia fra volontariato e cooperazione sociale, che sono due mondi che anche per conoscersi fra di loro no!

Questo giro è stato molto efficace perché ha creato questa sinergia! Anche se il grosso limite di questa cosa è che, per esempio, la gran parte del budget, dei soldi che era sulla gestione delle RSA, sui grandi progetti, passava direttamente per le grandi realtà, con grandi cooperative, Misericordia, Pubblica Assistenza, Croce Rossa ... senza passare di lì! Quindi la politica non è stata capace di metter tutto in questo lavoro! Questa è una grossa debolezza, perché molte volte noi si faceva un percorso molto partecipato, molto bello però in realtà arrivavi al 20% del budget dei costi e forse neanche! Per cui, secondo me, è una cosa che funziona se ci si crede davvero! E non tanto per la struttura!

Riguardo i limiti della Società della Salute, c'è chi ha un parere molto positivo di questo ente, soprattutto della Società della Salute pisana e chi invece considera questa struttura in termini negativi. Qual è la sua opinione?

La Società della Salute che ha avuto Pisa è una delle migliori, ma anche Pontedera... E' che a livello regionale, davanti ai potentati sanitari non si è avuto il coraggio di dire “Beh! I soldi li gestisce la Società della Salute!” che è sanitaria e sociale. Questo è un po' il limite!

Lì, sono gli interessi dei primariati sanitari, delle grandi lobby! Perché chiaramente per loro, noi del terzo settore siamo i dilettanti che vengono a voler mettere bocca nel mondo dei professionisti.

In realtà non sono stati capaci di portare fino in fondo le intuizioni della Società della Salute, perché davanti a questi potentati della sanità...

Com'era organizzata, strutturata la Consulta del terzo Settore, che è uno degli organismi partecipativi della Società della Salute?

C'è la Consulta, il Direttivo della Consulta, che poi rappresentava le diverse anime, tre dal volontariato, tre dalla cooperazione, tre alla promozione sociale, quindi era un Direttivo che teneva insieme pezzi e poi, dopo, c'ero io come Presidente della Consulta che partecipavo come invitato permanente alle Giunte. Quindi quando si determinava anche la linea, le scelte prioritarie! Quindi era una sinergia che poi produceva capacità di comunicazione! Uno dei problemi in riferimento agli stranieri è che c'è bisogno di un intervento strutturale, di una cooperazione, quindi di una cosa strutturata e poi c'è bisogno di una rete di volontariato che collega i mondi, che esprime anche professionalità, però che ha uno sguardo anche diverso! Ora tutto diventa azienda sociale, ma c'è anche un'anima di accompagnamento che va avanti, che dice dove manca ancora da disporre questo ... Tenere insieme questa macchina qui è più difficile! E' stato

più facile tenere insieme noi diversi, che il pubblico! Perché la sanità con i comuni, con il sociale ... Il vero scontro è sempre stato lì. La vera sinergia mancata è stata nel portare il budget sanitario dentro il socio – sanitario!

Il budget sanitario dentro il socio – sanitario?

Il budget sanitario dentro il socio – sanitario! Che la gestione possa ... Invece la direttrice della ASL stabiliva lei poi in fondo, quindi in fondo erano tutte chiacchiere se poi non c'era ...

Da dove provengono i finanziamenti della Società della Salute?

In parte dai fondi sociali dei comuni, in parte dalla ASL. Infatti la Giunta ristretta era costituita dal Direttore della Asl, dal Presidente della Società della Salute e dal Direttore della Società della Salute quindi.. loro tre erano ... Poi però lì chi aveva il budget era il direttore della ASL, dell'Azienda Sanitaria, quindi poi il limite grosso è stato quello ... Anche se il lavoro politico fatto nella società della salute ha permesso ... però è mancata questa... Il vero obiettivo mancato che avrebbe consolidato la Società della Salute in modo strutturale era che il governo della politica, che il sindaco rappresentava, potesse avere accesso al budget della sanità! Questo non è avvenuto! E qui era la montagna ... e si è fermata, ecco! Questo ha ridotto quelle che erano le potenzialità che la Società della Salute poteva avere. Perché è stato un po' il tentativo... Una volta quando c'era la Conferenza dei Sindaci, prima della Società della Salute, il Direttore della ASL presentava il bilancio della ASL, perché i Comuni erano soci della Azienda Sanitaria... Presentava il bilancio della Asl alla Conferenza dei Sindaci, i quali potevano fare rimozioni, però l'ultima parola la avevano il direttore della Asl! Il bilancio lo chiudeva come voleva, capito? La Società della Salute avrebbe dovuto affrontare e superare questo scoglio e dire "No la ASL è uno dei soggetti, con i comuni dentro! C'è il Presidente della Società della Salute che gestisce il tutto!". In realtà questo non è avvenuto in modo strutturale e ha decretato la limitatezza dell'efficacia del progetto della Società della Salute. Quindi se io voglio decidere, ad esempio, di fare degli ambulatori notturni per i tossicodipendenti, perché con la cocaina la gente lavora, non c'è più il tossico che sta tutto il giorno a giro per la città e voglio fare ambulatori notturni, voglio destinare risorse per quello o l'altro, ci dovrebbe essere un tavolo che dice "Cara Asl, i soldi li spendi così!" No, questo non è avvenuto! Per cui il tempo speso per fare un percorso partecipato con tutta la Consulta, con i sindaci, porti i dati ... però poi se questo non incrocia il parere positivo della Regione, della Asl direttamente... Quindi questo, secondo me pone molti limiti alla efficacia!

Si è riusciti in ogni caso, secondo lei, a realizzare dei progetti volti all'accompagnamento integrato della persona, alla integrazione fra sociale e sanitario!

Sì, nel merito questo funziona, ma è limitato secondo me dal fatto, per la mia esperienza, che poi il Presidente della Società della Salute non aveva questa piena autonomia di gestione di budget nei confronti del Direttore della Asl, che rispondeva alla Regione ma non al territorio!

Quali sono state le iniziative, le progettualità realizzate nell'ambito specifico dell'immigrazione, per favorire anche l'integrazione socio – sanitaria in questo ambito?

Ci sono gli sportelli immigrati. Ora io non ho seguito mai direttamente la cosa... Africa Insieme si occupa di sportelli immigrati, c'è un centro di accoglienza per immigrati, dormitori, c'è tutta una rete di servizi che la Società della Salute gestisce con il privato sociale! Su Pisa c'è stato un intervento molto positivo, molto forte sui rom!

Il progetto Città Sottili?

Sì quello. Poi è stato chiuso.

Il progetto Città Sottili è stato considerato uno dei più innovativi in Italia?

Era uno dei più innovativi! Ma secondo me questi progetti, nati in anni precedenti, sono stati affossati da una mancanza di condivisione politica dei governi degli ultimi anni della città. Perché in fondo tutti quei soldi spesi, potevano produrre una lettura del fenomeno che dava soluzioni diverse! In realtà mentre si spendevano milioni per i rom, si faceva l'ordinanza contro chi chiedeva l'elemosina in Corso Italia!

Si potrebbe dire che la città di Pisa sia un po' divisa fra l'accoglienza e la politica, l'anima securitaria?

L'anima securitaria! Certo, perché Città Sottili nasceva prima! Sono le ultime due o tre giunte che hanno dato questa svolta! La Giunta Filippeschi che c'è ora è quella che ha dato questa svolta securitaria intossicata dall'aria che si respira in tutta Italia! Però te hai ... Io mi ricordo una volta quando ci fu l'ordinanza contro chi chiedeva l'elemosina, ci feci anche un presepe in chiesa con l'ordinanza dei comuni. Quell'anno lì di Natale feci un presepe contro le ordinanze dei comuni. Era un presepe senza Gesù bambino, una grotta senza Gesù bambino con tutte le ordinanze spillate intorno e un'altra grotta con tutti i poveri in una pattumiera con Gesù bambino lì! E scrissi "In una città che non accoglie Gesù non nasce!" Per cui feci un presepe vuoto ed uno... In quell'occasione io con la Consulta organizzai un incontro con l'attuale sindaco di Pisa, Filippeschi, con la Giunta e portai tutti i responsabili delle associazioni che lavorano sugli immigrati a Pisa, erano dieci, Caritas, Africa Insieme, che è quella più hard, cooperative del CNCA. Si fece un tavolo con il sindaco per dire "Guarda tu spendi i soldi, attraverso questi progetti, su questi temi, prima di decidere una cosa perché non ascolti! Te paghi per fare queste cose cioè... Questa non è gente di fuori". Perché il Comune fa questi progetti e poi la testa parla un altro linguaggio! Come se dicesse "Ti dò i soldi per pulire in terra". Però poi lui sporca! Allora scusami, prima di sporcare, siccome paghi gente per pulire, ascoltiamoci! Vediamo come si può combinare! Prima di cambiare, perché ne hai diritto, di cambiare l'impostazione del vento, confrontati con chi stai pagando! In realtà c'erano progetti che venivano da una storia precedente, secondo me molto più aperta, che avrebbero dato una lettura dei fenomeni molto più puntuale e molto legata ai dati, alle situazioni concrete, perché lì c'era la Società della Salute, ente pubblico, l'ASL, gli sportelli dei Comuni. C'è una realtà di base e c'è una testa che invece viaggia su altri fronti!

Un'ordinanza perché chi chiede l'elemosina in Corso Italia offende il decoro ... ! Io avevo proposto ai miei colleghi della Consulta, e non me lo accettarono, di andare noi presidenti delle associazioni a chiedere l'elemosina in Corso Italia, scrivendo sopra che si davano i soldi per un'opera di bene. Questo era il concetto! Per cui ti trovi a un livello dei servizi pubblici e privati che dialogano, che costruiscono cose insieme e però, poi, tutto quello che guardano, che pensano, che può diventare una proposta per la politica, non dico non viene condivisa, perché poi la politica è una questione di voti, ma io ho un'altra visione! Qui i voti non li prendo, io voglio fare il cattivo per prendere i voti ... per cui poi uno paga con gli elettori! Ma almeno confrontati, ascolta! Perché questo vedi è un altro grosso limite per la Società della Salute. Il primo era quello dell'ASL, del budget, per cui parli sempre, ma dentro il venti per cento del budget, quindi incidi poco! E l'altro è che tu fai una rete integrata, che fa percorsi importanti e che però non ha nessuna voce su chi decide le scelte politiche! Quindi questo è un altro grosso limite!

In fin dei conti, questo potrebbe essere considerato un po' contraddittorio visto che le reti della Società della Salute sono state create dall'alto, a livello istituzionale?

La Società della Salute è una proposta creata dal pubblico, alla quale il nostro mondo ha risposto con una grande partecipazione! Perché cento - otto sigle che nell'area pisana si iscrivono per far parte della Consulta ... e chi più chi meno, ma comunque, partecipano, con la quota associativa, i conti, le commissioni ... Io non so quanti viaggi ho fatto su Pisa! Ma era una cosa per me era stimolante, perché anche per l'impegno nazionale che ho, è un modello che, se potessi, replicherei domani! Se io avessi la possibilità politica di decidere una cosa del genere... Quel modello della Società della Salute di Pisa di alcuni anni fa, corretto di queste due cose, il budget lo gestisce tutto e la politica ascolta quello che noi eleggiamo, io lo metterei come modello nazionale! E sarei sicuro che produrrebbe allo stesso costo buoni risultati! Perché è un'occasione che potrebbe dare, parlando di welfare... Io sono anni che ho smesso di parlare di welfare parlando di etica e di buon cuore, parlo di welfare parlando di bilanci e di economia. Penso che con gli stessi soldi si potrebbe davvero produrre molto di più e dare risposte molto efficaci ai problemi delle persone! Con i soldi che si spendono ora! Ma c'è una dispersione e una mancanza di una visione di sintesi! Uno strumento come questo, che mette in rete sanitario, sociale pubblico e privato sociale crea una sinergia!

Certo!

S'è fatta la confisca dei beni mafiosi e poi è rimasta lì! La 328 è una intuizione stupenda poi è rimasta lì!

In riferimento ai tagli al welfare, attualmente in Toscana è in atto un processo di ridefinizione delle Asl che da dodici saranno accorpate in tre Aree Vaste. Secondo lei tale accorpamento potrebbe avere ripercussioni anche sul lavoro, sulle attività del terzo settore?

Ma io non penso! Che la testa direzionale sia concentrata secondo me è un risparmio di risorse! Che ci sia una gestione più di Area Vasta specialmente sul

sanitario ... Alcuni temi richiedono specializzazione, come si è fatto noi con le comunità: c'è la comunità specializzata sul pedagogico, quella lavorativa, quella psicoterapeutica, quella di mamme con bambini... Non si può far tutto tutti! Che in una Area Vasta ci sia una specialità ospedaliera, che non ci sia dappertutto lo stesso specialista dei ginocchi, ma che uno possa... questo secondo me è ottimizzazione dei costi, degli acquisti, del personale! La paura che vedo io, che abbiamo già evidenziato un po' come CNCA, è l'accorpamento delle specificità. Un esempio che riguarda noi: accorpare il Dipartimento Dipendenze col Dipartimento Salute mentale secondo me è un grosso sbaglio! Perché Salute Mentale è una risposta essenzialmente sanitaria, Dipendenze è una risposta che è anche sanitaria, ma anche sociale, educativa, territoriale! Già noi criticiamo che spesso i Sert siano medicalizzanti quindi che i Sert perdano anche questa dimensione dell'assistente sociale dell'educatore che invece sono sostanziali. Per cui vediamo in modo più preoccupante questi accorpamenti e non tanto che ci sia un direttore solo che dirige quattro ASL invece che una! Anzi su questo è bene risparmiare il più possibile! Magari, ecco, che farne uno solo non sia fare un'altra struttura e si lasciano tutte là, ma che si cerchi, la gente, di mandarla a fare qualcosa altro e di stringere un po' il carico di gestione complessivo... Perché sai, quando si fa una azienda di sintesi la paura mia è che rimangano integre tutte la strutture, perde solo lo stipendio il direttore, però per i suoi collaboratori di zona, ci vuole, per dire, uno staff di venti persone ... e aumentano venti persone a quelle che già ci sono! Allora questo è un bluff! E' una trappola! E purtroppo la politica ogni tanto ce li fa questi scherzi!

Quali potrebbero essere invece, a suo parere, le ricadute dei tagli al welfare realizzati in ambito sanitario, su servizi che riguardano l'immigrazione? Ad esempio, in riferimento ai servizi inerenti la mediazione?

Il problema dei costi, anche qui è sempre da capire, ammesso che si debba tagliare! In uno Stato che spende tanto in armi, non accetto l'idea che si debba tagliare se prima non si tagliano quelle cose lì... Ma se uno mi convince che bisogna per forza tagliare, anche qui va capito da che parte si taglia! Perché anche qui ci sono livelli di retribuzioni di baronati, di strutture ... Baronati che stanno a lavorare nelle università, nelle cliniche fino a settantacinque anni e anche più, che rimangono, stanno lì! Mentre poi un mediatore che leva dei problemi sul territorio e che ti fa un lavoro anche di accompagnamento per prevenire situazioni di tensione, resta sempre in fondo! Qui è l'approccio legalistico, punitivo, repressivo! Si vede sempre come spese inutili quelle per le fasce più deboli e in realtà lì è davvero un investimento il welfare, perché tutto ciò che previene costa molto meno! Io parlo sempre in termini economici, non voglio pensare in termini di opere buone o di etica, niente! Sono un freddo economista che non me ne frega niente di nessuno, e dico che spendere per prevenire, anche le tensioni sociali è molto più vantaggioso che spendere per reprimere! Perché quando reprimi non pulisci mai bene, non tieni mai tutto sicuro !

A suo parere, con la Società della Salute, si è realizzata integrazione fra sociale e sanitario?

Diciamo che si è intravista una strada! Si è praticata una strada che ha dato dei frutti e che però fa capire che quelli che potrebbe dare sono molti di più! Però ha dato dei frutti! Insomma si è creato un sistema dei sportelli per immigrati delle

Asl, ci sono delle risposte che hanno creato questa ... specialmente sul piano dei servizi, degli operatori, cosa che la politica non ha recepito. Però sul piano dei servizi sì!

Enti e reti sul territorio

I gruppi del CNCA fanno parte della Società della Salute?

I gruppi del CNCA del territorio fanno parte della Consulta delle Associazioni della Società della Salute poiché il CNCA per sua caratteristica ha un rapporto strutturato con gli enti pubblici. Ora abbiamo fatto un protocollo con ANCI perché siamo riconosciuti come quelli che lavorano in rete sempre con il sistema pubblico, per cui chiaramente sul territorio siamo facilitatori di quei percorsi che creano reti e aggregazione.

Quando è nato il CNCA toscano, di cui lei è stato il primo Presidente ?

Il CNCA è nato nell' '82 a livello nazionale. Da dieci anni è iniziata un'opera di regionalizzazione quindi le Federazioni Regionali sono diventate federazioni legalmente costituite. La Toscana è stata la prima che si è formalizzata quindi, diciamo, sono nove anni che esiste come Federazione Regionale. Prima erano aree, perché noi avevamo gruppi in tutte le regioni però ora sono formalizzate e quindi i rapporti con enti locali, come la Società della Salute sono fatti direttamente dalle rappresentanze regionali del CNCA. Il CNCA Toscano ha dei progetti di riduzione del danno sui fenomeni di droga con la Regione toscana e tre aziende sanitarie, tre comuni. La caratteristica delle Federazioni è una maggiore coinvolgimento sul territorio, per cui a suo tempo è stato deciso di regionalizzare la Federazione, con federazioni regionali legalmente costituite.

Quali sono invece gli enti che gestisce sul territorio? E fra questi ve ne sono alcuni impegnati nell'ambito dell'immigrazione?

Attualmente sono l' Associazione Bhalobasa e la Cooperativa il Cammino, che ha inglobato le cooperative da cui è nata. Il Gabbiano si è fermato da alcuni anni! La Cooperativa il Cammino ha percorsi di accoglienza dei rifugiati. Qui, nel nostro comune, abbiamo venticinque rifugiati in tre appartamenti ed in questo è coinvolta in prima persona. Poi con il lavoro sulle marginalità e sulle dipendenze incrocia anche le situazioni di persone straniere. Ma il fronte più aperto è quello sui rifugiati richiedenti asilo!

Vi sono anche donne fra i richiedenti asilo accolti?

Sì, anche famiglie. Per ora sono tutti ragazzi negli appartamenti. Qui i rifugiati che abbiamo ora sono da Mali, Costa d'Avorio, Siria. Ma qui vengono a fare i corsi di italiano ... e ieri è venuta nostra ragazzina che faceva da baby-sitter di questo bambino siriano che avevo la mamma e il babbo a scuola. Si fa il corso di italiano per stranieri, la Cooperativa Il Cammino che è del CNCA, con la nostra rete di volontariato, Chiodo fisso e altri ... Loro fanno questo lavoro di integrazione sul territorio! Bhalobasa invece lavora più sulla prevenzione dell'immigrazione, la dignità e l' economia nei paesi di origine.

Quali sono gli enti con cui, nell'ambito dell'immigrazione o per l'accoglienza a rifugiati e richiedenti asilo, lavorate in rete più frequentemente?

La nostra Cooperativa ha rifugiati e richiedenti asilo con la Società della Salute di Pontedera, con i comuni della Valdera. Un'altra cooperativa, l'Arnera del CNCA ha un posto di prima accoglienza con smistamento di molti più richiedenti asilo in vari appartamenti. C'è una rete anche interna ... se un rifugiato non può stare in una struttura o ci sono delle tensioni, c'è uno scambio di solidarietà, c'è una rete che fa da supporto reciproco! C'è poi un volontariato che si affianca alla cooperativa, perché il volontariato vero ... o è finto, come quello di Misericordia, della Croce Rossa, Pubblica Assistenza, che poi sono aziende sociali con qualche volontario. Ma il volontariato delle associazioni nostre, dei paesi, non ha una organizzazione tale da reggere un'accoglienza strutturata, con le visite alla Commissione... Ci sono operatori che lavorano su questo e la Cooperativa con la sua struttura. Poi c'è il volontariato che organizza la scuola di italiano, qualcuno va aiutare al campo sportivo, qualcuno alla Misericordia! Qui c'è il nostro computer in parrocchia e lo sportello internet gratuito per loro, per cui sono qui tutti i giorni per collegarsi su face-book! Le altre reti sono rappresentate dalle associazioni, per esempio Bhalobasa, Chiodo Fisso, la Tavola della Pace a Pontedera, e lì ci sono anche altre associazioni di immigrati che ne fanno parte! C'è poi la rete di Libera ... Queste sono le reti che le nostre associazioni vivono più frequentemente!

Vi sono rapporti anche con la Caritas?

Il CNCA con la Caritas Nazionale ha una grande sinergia! Noi abbiamo fatto con la Caritas italiana il primo rapporto sulla tratta in Italia. La Caritas italiana, già prima, ma ora specialmente su certi temi è un punto di riferimento sostanziale, ad esempio sulle droghe, per rafforzare la comunicazione sociale! Sui livelli locali il limite è che la Caritas dipende dalla diocesi, dal vescovo e non sempre tutte le Caritas sono così disponibili a lavorare in rete! Noi della Valdera abbiamo una buona sinergia per esempio per la ricerca di case, le buste alimentari. La Caritas regionale fa da riferimento anche per le nostre realtà territoriali! La Caritas di Pisa ha un direttore bravo e molto attivo Don Emanuele! C'è lì una bella tradizione di Caritas, che ha prodotto dei dirigenti anche a livello nazionale... La diocesi di Pisa in quanto tale, su questi temi è un po' ferma!

Avete rapporti con la SIMM, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni?

Non li conosco. Nella Società della Salute non li ho mai incrociati quando c'ero io! Non li ho incrociati.

In riferimento all'immigrazione ed all'aumento dei rifugiati e richiedenti asilo qual è, a suo parere, sul territorio, la risposta della popolazione?

Il modello che ha proposto il Presidente della Regione Rossi funziona! Noi abbiamo venticinque persone in tre case, due qui a Perignano ed una nella frazione sulla collina. Non è un problema per nessuno! La gente li vede qui, nelle chiese, all'oratorio, al computer, alla Caritas per i vestiti, vanno a far la spesa, stanno dove c'è il wi-fi, sulle panchine lì davanti a messaggiare, con la bici, col telefono! Non è un problema sociale. La gente magari è un po' di disagio perché li

vede senza far niente, magari sono ragazzi, però ha più comprensione che diffidenza! Non sono un pericolo, non sono neanche inopportuni, come a volte sono alcuni nostri ragazzi marocchini che hanno da vendere che ti stanno addosso e ti chiedono un euro, sono persone che non creano... Però ci sono più di centosessanta comuni in Toscana che non hanno accolto nessuno, quindi noi potremo raddoppiare l'accoglienza senza creare nessun problema e abbiamo retto fino a ora la sfida con i Prefetti di non costruire un centro di grandi numeri! Perché coi numeri abbiamo sempre trovato il modo di essere piccoli! Quindi anche qui c'è una politica che non sa leggere, perché ci sono comuni che non accolgono e Prefetti che, invece di favorire questa cosa, dicono sempre "Eh ma se non ce la fate si fa un casermone!" Poi dopo noi si vince nel pratico! Ma se te metti in un posto duecento immigrati è chiaro che crei un problema! Se qui ci fosse una struttura con cinquecento immigrati, sarebbe un problema perché li vedi tutti per strada, un problema di impressione, di paura, di numeri non lo so ... In questo modo invece non è un problema favorire l'integrazione!

Quindi secondo lei, questa modalità di accoglienza non favorisce l'incremento di razzismo o xenofobia, che invece sembra si stiano sempre più diffondendo?

Sì, perché poi questo fa voti! Noi qui abbiamo da venticinque anni un centro interreligioso e preghiamo insieme musulmani, ebrei, hare krishna, da venticinque anni! D' inverno qui e d'estate in un piccolo eremo a 15 chilometri! Qui, in questa stanza, avevo fatto quindici anni fa una scuola di formazione islamica, una sorta di catechismo con un mediatore culturale musulmano che veniva a fare catechismo ai bimbi musulmani nella parrocchia!

Ah molto bello!

Eh, infatti il Vaticano mi ha fatto un richiamo! Non c'era Papa Francesco... La Chiesa era poco attenta a questa dimensione sociale ma ora con papa Francesco con la linea che la Chiesa ha, potrebbe essere facilitante molto che tutta l'area cattolica partecipi con maggiore sinergia a questa cosa! ...Però voglio dire questo è un posto che dà questa potenzialità! Dipende dall'impostazione! Se te mi fai come il sindaco di Pisa un'ordinanza che vede come un disturbo al decoro un poveraccio che chiede l'elemosina ... Allora un conto è se sta male, se c'è un racket o è gente sfruttata, allora devi dare loro la possibilità di scappare e poter avere un permesso umanitario per uscire fuori da quella tremenda tortura del racket! Ma se è un poveraccio che tira su dieci euro con l'elemosina! ... Non puoi mandare quaranta poliziotti per levare otto senegalesi da Piazza del Duomo di Pisa! Siamo fuori! Il CNCA si trova a gestire anche servizi pubblici del territorio, che invece attivano risposte, che si sentono, che collaborano! Abbiamo una politica che non merita la qualità dei servizi che ha!

**INTERVISTA ALLA MEDIATRICE
DEL “CONSULTORIO IMMIGRATI”
Ausl Toscana Nord Ovest - Ambito Pisa**

Servizio di riferimento

Consultori Azienda USL 5 di Pisa (entrata a far parte dal 1/1/2016 dell' Area Nord Ovest dell'ASL Toscana)

Luogo

Consultorio Immigrati al CEP (Pisa)

Ambito di intervento (sociale o sanitario) _____ Sanitario __

Tipologia di attività svolte con donne straniere:

Mediazione culturale

Giorni ed orari delle attività che coinvolgono le donne straniere

Attività di accoglienza e mediazione rivolta ad immigrate irregolari o con situazioni problematiche il giovedì pomeriggio.

Sportelli informativi di orientamento e prenotazioni tre mattina alla settimana

Formazione ed ambiti di attività

Da quanto tempo lavori come mediatrice in questo servizio?

Al Cep sono dalla fine del 2013, credo dicembre 2013 però con pause di mezzo, pause abbastanza lunghe, di quattro cinque mesi...

Hai seguito una specifica formazione per svolgere l'attività di mediatrice?

Sì, sì io ho fatto un corso di mediatori il primo che c'è stato a Pisa ed è stato nel 2002-2003, è durato un anno questa qualifica regionale. Purtroppo non è una professione riconosciuta a livello nazionale. Si parla del mediatore nel momento di bisogno basta! Quindi per esempio spesso è richiesto ora dove sono gli sbarchi quindi in Sicilia, il mediatore delle lingue più parlate lì per le persone che sbarcano lì sono super ricercate e allora lì sì, conta la professione! Però in altre situazioni un po' meno! È l'esperienza che è importante! La teoria la puoi avere quanto ti pare ... Però mi è piaciuta perché noi nel percorso abbiamo fatto delle simulazioni di casi concreti e quindi a livello concreto ti dà già un'idea! Poi era la prima volta di mediatore e nessuno sapeva cosa doveva fare un mediatore. E tutt'oggi si confonde. Ma chi siamo interpreti? In che senso interpreti? E' un tutto insieme! Giustamente quando si ha una difficoltà linguistica, sei un interprete, ma non solo, tu interpreti sia la lingua ma anche gli aspetti culturali!

Attualmente lavori per la Cooperativa Arnera. In passato hai lavorato con altre organizzazioni?

No, no noi abbiamo e tutt'oggi esiste ancora, un'associazione, l' A.M.I.C. che abbiamo costituito proprio quando abbiamo finito il primo percorso. E da allora esiste, sono undici anni e l'anno scorso abbiamo festeggiato i dieci anni! E poi man mano, si sono aggiunti ... c'è stato un altro corso di mediatori e si sono aggiunti alcuni mediatori e si fanno percorsi diversi! Mediazione la fai sul campo sì, però non solo in ambito sanitario! Io ho iniziato con le scuole... la maggior parte dei progetti sono con le scuole. E poi giustamente quando c'è la cooperativa con gli sportelli.

Hai lavorato anche nell'ambito di sportelli informativi?

No sportello, io no, sostitutivo... Sportello informativo in questo senso al CEP, oppure con un altro progetto che riguarda la mediazione in ospedale. Quindi quando si può faccio sostituzione! Ma fare proprio uno sportello sulla normativa... perché esistono questi sportelli per rinnovare i permessi, aiutarli, quello non l'ho mai fatto!

Dunque a parte l'esperienza iniziale in ambito scolastico hai lavorato in prevalenza nel settore sanitario?

Io sì, sempre nel sanitario a parte la scuola all'inizio poi l'ho tralasciata, ho preferito questo ambito qui.

Hai lavorato anche in ospedale come mediatrice ?

Sì a chiamata, quando ci sono periodi in cui c'è ... Ma tutt'oggi, se c'è bisogno di una mediazione in ospedale!

Quali lingue parli?

Io parlo tutte le lingue della Ex Jugoslavia, che più o meno sono simili.

Quindi l'attività di mediazione che svolgi è in prevalenza rivolta alle donne Rom e a quelle provenienti dalla ex Jugoslavia?

Sì, tutte quelle che vengono dalla ex Jugoslavia sì, però non parlo Rom.

Riesci in ogni caso a comunicare con i rom?

Sì soprattutto con chi è venuto qui da adulto o per coloro che sono nati qui e in casa hanno parlato macedone, quelli sì. Sono pochi i casi in cui non parlano.... al massimo parlo in italiano! Tanti sono qui da molto tempo, la maggior parte sono da molto tempo, oppure è il marito che è qui da molto tempo ha trovato una moglie in Macedonia e poi la donna viene qui da pochi mesi... Per esempio loro non parlano in italiano, e parlare la loro lingua, è come se loro si sentissero che qualcuno è dalla loro parte, cioè mi hanno dato questa impressione, perché sono più rilassate!

Il servizio e l'utenza

Da quanto tempo è attivo il servizio del Consultorio immigrati?

Io sono dal 2013 ma credo che il consultorio è attivo da molti anni! Devi chiedere alle ostetriche, che sono quelle che sanno meglio che sono qui da tanto. Ti possono dire anche per il passato, anche se le donne rom ci sono sempre state, però loro ti possono dire l'evoluzione, come è cambiato, che nazionalità!

Quali sono i giorni in cui svolgi l'attività di mediazione presso il consultorio in particolare?

Nel consultorio, le visite vere e proprie, è solo una volta a settimana, sempre il giovedì pomeriggio. Gli altri giorni a seconda delle ore che erano disponibili, si faceva come ora, uno sportello informativo, di accoglienza, di orientamento. Per chi vuole prendere appuntamento, chi .. per indirizzare le persone.

Allo sportello informativo durante la settimana c'è un'utenza considerevole?

Se facciamo il paragone con giovedì, sicuramente molto meno! Però sì, ne vengono, ce ne sono! Perché fai conto che qui c'è anche l'amministrazione, il CUP, c'è l'infermeria, il dentista, quindi chi viene anche per qualsiasi altra visita si ferma anche qui!

Il servizio in ogni caso è rivolto esclusivamente ad una utenza femminile?

Il giovedì pomeriggio si è un servizio esclusivamente rivolto solo alle donne. Certo vengono anche i mariti, ovviamente, quello di sicuro! Magari viene il marito perché la moglie è incinta e non poteva venire e per prendere appuntamento, non sa come fare, però il servizio esclusivo è per le donne!

Qual è in prevalenza la provenienza delle donne che si rivolgono al Consultorio immigrati?

Ho anche i dati [Visiona il data base]. Ce ne sono tante, così da quel che vedo in primis per il 2013 abbiamo le donne Rom, sono la maggior parte... quelle che vengono dai campi Rom qui della zona.

In questo caso sono più che altro Rom provenienti dalla Macedonia?

Sì sì comunque sono della ex Jugoslavia! E poi ce ne sono tante del Bangladesh, India ... ne sono tante e poi vabbè Romania, Albania, quelle sono più rappresentate.

C'è un rapporto annuale, quindi ho cercato di trarre i dati, poi fai conto che qui le visite non sono solo per gravidanza, ma su tutte le problematiche ginecologiche, IVG per visite e seguirle poi successivamente.

[Visiona i dati] Allora io ti posso dare i dati per quel che si è potuto raccogliere diciamo, magari tanti sono stati presi. Sulle gravidanze ... nel 2013 la presenza maggiore è stata di Macedoni e Albanesi, la presenza maggiore, per i paesi dell' extra Unione Europea, poi invece degli altri paesi dell' Unione Europea ... e poi vi è il Bangladesh e le Filippine.

Fra le immigrate filippine vi è una elevata regolarità?

Sì, Sì.

Come mai secondo la tua esperienza in tante si rivolgono al ugualmente CEP?

Mah qui vengono quelle appena arrivate o con difficoltà di integrarsi! Noi parliamo di maggior numero in base ai numeri che ci sono... Poi non so se ti può servire, sempre a maggio del 2013, sempre, c'erano più donne nella fascia di età tra i 26 anni e 35 anni, però di pochi numeri, quindi di due numeri in più rispetto alla fascia fra i 16 e i 25 anni. Quindi questi diciamo sono i più rappresentativi. Sono minori le visite al di sopra dei 35 anni, sono meno persone rispetto... Fai conto che quando parliamo di Rom parliamo di una cultura in cui è difficile trovare le donne al di sopra dei 35 anni che rimangono incinta, poiché hanno già fatto figli già dall'età di 16 anni in su fino a 23 anni e non avere figli ... Infatti quando ti dicono "Hai 35 anni, hai figli? No! Ah speriamo che Dio ti aiuti!" Sì e a quarant'anni sono già nonne!

Questi sono i dati del 2013. Altre nazionalità che erano presenti di una o due persone ... oltre Macedonia Albania e Romania che sono le più rappresentative o anche se le contengono un po', ma più o meno sono quelle, anche Filippine ... Poi abbiamo persone da Cina, Bangladesh, Moldavia, Senegal, Etiopia, Ucraina. Ucraina specialmente perché c'era il periodo che venivano tanto le badanti, perché il giovedì di solito è il giorno libero e c'erano specialmente le nuove arrivate, anche questo fattore c'era il giovedì! Però ormai sono ben integrate quindi seguono il percorso come le altre.

Le donne ucraine?

Sì, la maggior parte sono ucraine ma, non solo! Però noi cerchiamo di spingerle a fare un percorso che sia giusto, perché sono alla pari come qualsiasi altro italiano! Questo deve

essere il posto per chi è disagiato, è una categoria più debole... E questi sono i dati del 2013! Poi abbiamo altre nazioni: Brasile, Georgia, Cuba, anche il Kosovo, Polonia, Giordania, Repubblica Dominicana, Argentina, un po' tutti, Senegal, Sudan, Pakistan.

A partire dai dati che hai a disposizione è possibile risalire alle motivazioni per le quali le donne si rivolgono al servizio, magari distinguendo le motivazioni in base alle nazionalità?

Io raccolgo i dati per esempio per nazionalità, l'età e fai conto che queste sono le gravidanze, perché cerchiamo di tracciare quante donne sono venute per il libretto e poi magari hanno proseguito il percorso da noi! Quindi che hanno avuto una gravidanza fisiologica, le visite che hanno fatto qui da noi, se hanno avuto un percorso lineare. E quindi per quel che si può, si cerca di fare, di raccogliere questi dati ... Anche se è un po' difficile perché spesso e volentieri sono poche le donne che fanno un percorso lineare in tutta la gravidanza, ma non solo da noi, in generale!

In che senso?

Nel senso che sono poche le ragazze che vengono, iniziano, fanno il libretto, all'inizio della gravidanza e si fanno le visite, seguono tutto quello che c'è nel libretto: si fanno le visite da noi ogni mese, ogni quaranta giorni, quegli appuntamenti classici anche il dopo gravidanza, con la prima visita post parto ... Perché spesso ci sono casi in cui, .. credo che sia soggettivo, perché non è tanto per alcune nazioni non è tanto culturale quanto soggettiva ... ci sono in alcuni paesi che non tanto la cultura, ma è la stessa persona che magari, anche senza gravidanza, può prendere il libretto e si perde molto l'iter... Magari si ributta giù questo libretto e basta, fanno la prima visita e poi dopo te le ritrovi dopo mesi e mesi, oppure nella successiva gravidanza!

Questa circostanza è più comune fra donne di una certa provenienza piuttosto che di un'altra, ad esempio nel caso delle rom macedoni?⁶

Lì potrebbe essere un fatto culturale! O a seconda dei livelli, anche inerente l'educazione scolastica! Specialmente chi non ha fatto la scuola, nemmeno la scuola elementare, ha difficoltà di fare questi percorsi, è proprio un tabù! Potrebbe essere un tabù farsi visitare, hanno difficoltà di farsi visitare!

⁶ Questa domanda è motivata dal fatto che tali informazioni erano emerse nel corso di precedenti colloqui con le ostetriche del servizio.

Per quale ragione in base alla tua esperienza?

Ma, non è che non è vista positivamente una visita, più che altro si sentono in imbarazzo, si vergognano! E' già capitato. si vergognano! E' capitato ad una ragazza che ha avuto già due figli in Macedonia e il terzo figlio è rimasta qui incinta e durante la gravidanza giustamente si voleva fare la visita. Si è rifiutata proprio perché si vergognava era molto, molto in imbarazzo ad affrontare una cosa simile!

Anche se il ginecologo è una donna?

Sì, sì, la stessa cosa è capitata anche in Macedonia. Lei non l'ha mai visto il ginecologo! L'ha visto solo nel momento del parto! Addirittura se non sbaglio, ma non certifico, credo che abbia fatto i parti in casa qui o in Macedonia, almeno uno l'ha fatto in casa, per dirti ... Mi dà più l'idea che sia più un fatto culturale che personale, perché tante ragazze, magari tante ragazze, anche quelle che sono venute da poco, però specialmente quelle che sono da piccole qui, oppure che sono nate qua, loro seguono il percorso normale. E' come se avessero assorbito un po' anche questa cultura, sempre tenendo la propria cultura giustamente! Perché poi l'ambiente dove abitano è quello!

Per quanto riguarda invece l'utenza rappresentata da le donne profughe o richiedenti asilo, avete riscontrato un aumento negli ultimi tempi?

Sì, noi non ne abbiamo tante, però si ci è capitato!

Qual è principalmente la loro provenienza?

Dalla Nigeria per la maggior parte. L'unico caso che ho avuto, da quando sono tornata,⁷ è una ragazza della Nigeria in gravidanza, profuga e in gravidanza, arrivata da pochi giorni.

Ma ti parlo è una cosa molto recente, con la nuova immigrazione, quindi non abbiamo ancora i dati! Siccome loro non vengono da sole, ma vengono accompagnate da alcune associazioni... le richiedenti asilo. Però ti dico una cosa abbastanza recente, quindi non abbiamo dati su cui basarci, vengono con quelli che si occupano, come il Cerchio, che fa prevenzione sulla strada e lì con loro abbiamo un ottimo lavoro, tutte le settimane. Si rivolgono a noi, dipende dai casi che hanno, perché anche loro sono ben organizzati. Nell'

⁷ La Mediatrice del Consultorio Immigrati al momento dell'intervista era rientrata in servizio da circa un mese, dopo un periodo di sospensione. Il suo servizio, infatti, era stato sospeso, per diversi mesi, per problemi di budget.

arco dell' anno si cerca di fare prevenzione verso queste donne che sono sulla strada. Poi ci sono quelle vittime della tratta, che fanno percorsi per farle uscire.

Avete a disposizione invece dati generali sulle utenze di donne vittime di tratta che sono accompagnate al Consultorio Immigrati dalle associazioni e dalle cooperative?

No, no, non abbiamo questi dati. Non li abbiamo singolarmente per la tratta, abbiamo dati come accesso, ma nell'insieme a tutte le altre, perché magari possono essere incinte o meno, insomma le comuni problematiche, o questioni che possono avere! Quindi possono venire anche per un semplice pap- test, oppure per la contraccezione, oppure semplicemente per la visita.

A volte è anche difficile gestire questi dati, per come è affollato il giovedì! Anche se ti segni tutto su appuntamento, però ci sono casi urgenti, e non è che possiamo rifiutare di visitare una donna che viene al settimo mese di gravidanza e lamenta dolori... Non è solo un dovere è la nostra coscienza!

Quali sono le motivazioni prevalenti per le quali le donne si rivolgono al servizio in base alla tua esperienza?

Per gravidanza. I controlli semplici, la classica visita ginecologica, per dire “vediamo come va”, sono quel tipo di visita nel rispetto ... La maggior parte delle questioni riguardano la gravidanza, oppure la consulenza per la contraccezione che spesso finisce con il mettere la spirale o quant'altro!

Tra le donne Rom prevale più la pillola, preferiscono più la pillola perché hanno paura, anche se si cerca di dare un'informazione più completa, si illustra giustamente... Poi la dottoressa valuta cosa può essere adatto per una persona! Questo è un campo medico che poi i medici sanno valutare. Però le questioni sono le contraccezioni o la gravidanza e quindi si cerca di prevenire delle gravidanze indesiderate, perché non vogliono proseguire giustamente.

In base alla tua esperienza le motivazioni per le quali le donne si rivolgono al servizio possono differire in base alle nazionalità?

No, no perché le richieste sono comuni a tutti.

Sono frequenti invece i casi di IVG ?

Capita! Ma al massimo noi rilasciamo dei certificati, ma qui non si pratica, viene fatto solo in ospedale.

Ci sono delle nazionalità per le quali vi sono più richieste di IVG rispetto ad altre?

In prevalenza per Macedonia, Romania. Poi c'è Bangladesh, Albania.

*Le utenze provenienti dal Bangladesh, in base alla vostra esperienza, sono in aumento in questo servizio?*⁸

Sì, ce ne sono! Sì, e poi fai conto che sono anche quelle meno integrate rispetto a tutte le altre nazioni, perché la maggior parte delle donne ha proprio una barriera linguistica, difficoltà linguistiche! Quindi non è tanto l'accesso problematico, ma è a livello linguistico! E spesso al novantanove per cento dei casi, sono accompagnate dai mariti. E c'è una chiusura, non tra comunità Bangladesh, ma tra famiglia Bangladesh! Fra ogni singola famiglia!

Quindi secondo te le donne provenienti da Bangladesh sono più isolate, è difficile che abbiano una rete sociale, amicale sul territorio?

Sì, ecco perché sono meno integrate! Sì sono molto isolate tra di loro! Nel senso che l'integrazione può anche iniziare allargando la tua cerchia con quelli della tua nazionalità e poi puoi man mano integrarti nella società, avere informazioni ecc. Invece quando si è chiusi dentro la famiglia esclusivamente ... Già hai difficoltà ad esprimerti nella lingua del luogo, figuriamoci ad orientarti! Se manca la lingua, manca anche la possibilità di esprimerti, di interagire con gli altri e quindi come fai ad integrarti? Noi cerchiamo di essere di aiuto.

Spesso dunque le donne bengalesi sono accompagnate dai mariti, che fanno un po' anche da interpreti?

Sì, sì.

Qual è in prevalenza, in base alla tua esperienza, la fascia di età delle donne provenienti dal Bangladesh?

⁸ Questa domanda è motivata dal fatto che tale questione era emersa nel corso di alcuni colloqui informali con le ostetriche del servizio.

Da venti anni in su, abbastanza giovani, ma non ci sono capitati minorenni.

In quali ambiti è richiesto in prevalenza il tuo intervento?

Io per la maggior parte sono più con i macedoni rom, e lì la maggior parte un po' da fare anche da tramite non solo a livello linguistico, ma anche culturale. O anche ad orientare le donne! Perché magari una persona del loro paese potrebbe essere vista come quella che li può, tra virgolette, aiutare e quindi far da tramite, far capire che ci sono delle regole che vanno seguite è questo quello che vogliamo dare! E lì è la parte difficile ma noi lo facciamo e cerchiamo di farlo! L'intento è più che altro per loro

Quindi si tratta di un intervento linguistico e culturale al contempo?

Sì per culturale intendo quando sanno esprimersi in italiano, o magari quando hanno difficoltà di accettare quello che un italiano gli dice, quindi a livello culturale fargli capire e fargli dei paragoni ... Perché un conto è che un italiano gli fa un paragone e gli dice "guarda che anche da te ci sono certe regole che si fa così e così!" E un conto che lo fa uno del loro paese, che fa un esempio, un paragone! Poi altri interventi sono anche linguistici, strettamente linguistici e la mediazione può essere di supporto perché a volte magari a chi osa ... Quando ti dicevo hanno difficoltà anche a farsi una visita, per un imbarazzo che si sentono, anche dargli un supporto, tipo nella loro lingua, dirgli "sta tranquilla non ti preoccupare!" Oppure accompagnarli nel percorso serenamente anche quello è importante! Per alcune lo vedo, lo sento e me lo dicono che è importante!

Svolgi, assieme alle tue colleghe, anche attività di orientamento fra i servizi del territorio o informazione in merito a normative e diritti?

Sì anche questo noi facciamo, sì anche ad orientarle, ma questo è quasi di base. Quando succede ... cioè quando ti viene una donna che è in gravidanza, non è in regola, per avere il libretto di gravidanza, devi essere il regola e quindi per forza devi illustrare a livello normativo che percorso deve fare, il percorso adeguato, per essere in regola. Perché noi ci teniamo che una donna faccia un percorso normale!

Sì sì perché la gravidanza è tutelata in Italia, quindi perché non seguire un percorso completo della gravidanza!

A Pisa i permessi di soggiorno per gravidanza sono rilasciati velocemente o vi sono delle lunghe attese?

Le attese non le conosco, come in un'altra città è normale avere delle attese! Però con il cedolino che rilasciano, già quello ti dà l'accesso per richiedere il libretto di gravidanza. Perché le donne in gravidanza non possono aspettare dei mesi perché ti rilascino il diritto di essere tutelata. Qui si tratta di gravidanza non di qualsiasi altro permesso, la gravidanza è quella urgente in quel momento!

In base alla tua esperienza vi sono donne che hanno maggiori difficoltà ad orientarsi sul territorio?

Ritorno sulla questione del Bangladesh perché è una cultura abbastanza chiusa, le persone tra sé stesse sono chiuse e quindi c'è meno rete. Perché per esempio se ci sono altre nazionalità o etnie che tra di loro creano una rete ... Senegal, Nigeria magari hanno le loro associazioni e quindi hanno abbastanza rami sul territorio per creare delle associazioni e quindi si aiutano tra di loro! Già tra loro stessi hanno un'apertura e invece qui, secondo me hanno più difficoltà di orientarsi di integrarsi!

Quindi le donne provenienti dal Bangladesh sono fra le immigrate che hanno maggiori difficoltà di orientarsi sul territorio di altre?

Sì sì, anche non solo a livello linguistico! Infatti quando si può, quando sappiamo che c'è questa difficoltà, si attiva anche la mediazione linguistica. Come per esempio l'altra volta quando c'era una ragazza cinese e l'aveva accompagnata un mediatore! Giovedì scorso c'era una ragazza cinese accompagnata da un mediatore cinese! Quindi si attiva il servizio di mediazione linguistica.

In linea di massima potresti dare una valutazione della conoscenza della normativa italiana delle donne che si rivolgono al servizio, dei loro diritti?

Dalla mia esperienza bassissima! Sì, sì e in qualsiasi ambito! Credo che non c'è ne proprio di conoscenza! E' talmente poca, quasi inesistente la conoscenza sulla normativa italiana.

Hai avuto modo di riscontrare differenze fra donne di diversa provenienza per quanto riguarda la conoscenza della normativa?

Si sì, io parlo di soggetti che hanno difficoltà di integrarsi, non parlo di soggetti stranieri che frequentano l'università, la scuola, perché loro hanno già di base hanno una conoscenza ampia! Io parlo di donne che anche se conoscono così e così la lingua, anche se sembra che sono integrate perché magari si presume che sono integrate, perché sono da tanti anni qua, però la conoscenza della società italiana di come funziona, oppure la normativa (quando parlo come funziona, anche a livello normativo parlo), è bassissima! Io penso che hanno dei, magari "per sentito dire!" "Per sentito dire si fa così!" Poi quando questa cosa si trasmette da una persona all'altra, ognuno la percepisce a modo suo, e quindi alla decima persona già l'argomento è cambiato ... E credo che non ci sia nemmeno abbastanza interesse, perché magari si pensa che ci sia sempre qualche persona o qualche servizio che ti dà una mano! Per carità, noi siamo qui per questo, però sarebbe bello che camminassero da sole!

Secondo te quali sono le reti di informazioni prevalenti che portano le donne a raggiungere questo servizio?

Il passaparola o le associazioni sul territorio! Volendo si può fare anche di più!

In riferimento alle informazioni sul servizio?

Io penso che sempre si può fare di più, in qualsiasi lavoro si può fare di più! Ci stiamo muovendo in quel senso. stiamo cercando di fare un po' il punto della situazione, riorganizzarci per essere più incisivi, per essere più conosciuti e per separare giustamente chi è per il consultorio e chi non lo è chi deve invece perseguire un percorso normale come gli altri, per non togliere spazio a chi effettivamente ha bisogno!

Le reti sul territorio

Nella tua attività di mediazione con le donne straniere quali sono altri enti, organizzazioni con cui collaborate in prevalenza?

Noi collaboriamo con il Cerchio, con la Dim (Donne in Movimento) e ... basta! Poi capita che in un altro distretto c'è una ragazza che deve venire al consultorio e ci chiama. Fra i vari distretti si cerca di fare una rete tra di noi, anche questo!

I rapporti con questi enti, associazioni o cooperative come il Cerchio o Donne in Movimento, sono formalizzati, ad esempio attraverso protocolli di intesa nell'ambito di progettualità definite o convenzioni o sono di natura informale?

Questo lo devi chiedere a chi è responsabile.

Per quanto riguarda le donne profughe, richiedenti asilo, vi sono enti associazioni con cui collaborate in prevalenza?

No, abbiamo un progetto specifico, ma io essendo rientrata da recente non ... Ne ho avuto proprio un caso, se riesco a trovarlo [*visiona i dati*] non c'è l'ho scritto però comunque c'è un progetto, ora non so se ogni anno cambia, oppure è recente questo progetto ... però questo progetto riguarda proprio le donne profughe la nuova immigrazione, quella che io chiamo la nuova immigrazione, cioè gli sbarchi che siamo abituati a vedere ... E sulla scheda c'è scritto "se ne sono occupati gli assistenti sociali", quelli in via Saragat.

Dov'è la Società della Salute?

Sì, sì.

A tuo parere esiste sul territorio una rete integrata di enti del sociale e del sanitario che contribuisce ad indirizzare le donne straniere, ad informarle e a seguirle durante il loro percorso medico, il percorso di gravidanza o successivamente?

No ... sinceramente non te lo so dire. Io penso tutto parte nel momento in cui una donna si presenta in qualche distretto, oppure attraverso un medico di famiglia o un passaparola, però sinceramente non ... o le associazioni. Tra le associazioni bene o male la rete c'è, quindi potrebbe essere anche un modo ... Però personalmente non ti saprei dire! Secondo me anche i distretti singoli, i medici ti possono dire! Forse parte più da loro questa cosa di indirizzare le persone... perché non è che se sei straniero per forza devi appartenere a qualche associazione, oppure già sai che esiste qualcosa, è difficile!

Secondo te cosa si potrebbe fare per facilitare l'accesso e la fruizione ai servizi sanitari del territorio, delle donne straniere?

Io personalmente l'ho sempre pensato ... Sarebbe proprio bello quando uno che per la prima volta chiede il permesso di soggiorno, oppure il rinnovo, che ci sia un continuo, ogni volta che qualcuno va in questura, ci sia un continuo libretto informativo che viene dato ad ogni singola persona, uomo o donna che sia, con le regole di base della società, a livello sanitario e di qualsiasi altro aspetto, con tanto di indirizzi importanti! E quello sarebbe utile! Perché secondo me una persona che è appena arrivata ovviamente non sa cosa fare e dove andare! Quindi se c'è una base, un punto di partenza con indirizzi, poi man mano una persona più vive, più impara le cose! Sarebbe bello! L'anno scorso si è fatto un percorso di integrazione, però io ho partecipato personalmente come mediatrice questa cosa l'ho fatta, per chi chiedeva proprio il permesso di soggiorno, per la prima volta. Perché c'era questa questione di permesso di soggiorno a punti, che era stata introdotta e quindi erano stati stanziati dei soldi per fare un percorso di integrazione, dove le persone avevano tempo a disposizione anche con il mediatore. Il mediatore serviva per orientarlo e dare le informazioni di base per orientarlo sul territorio. Purtroppo finito il progetto non va più avanti! Però sarebbe carino anche che ci sia una cosa veramente di impatto, che rimane!

Si trattava di un progetto a cui non hai preso parte nell'ambito della tua attività con il Consultorio Immigrati?

No, non c'entra nulla il CEP ... E quindi io mi metto nei panni, io devo andare in un altro paese e devo cominciare da zero, d'accapo giustamente se nel momento in cui chiedo il permesso di soggiorno e mi viene dato un libretto, anche se non c'è una persona che mi spiega, perché le persone sono tante, ma che ci sia un libretto dove mi spiega le regole di una società, di quella società in cui ci abito sarebbe secondo me, bene per come farsi visitare, come avere un medico o come iscriversi a scuola per esempio, se mi capita qualcosa a chi rivolgermi. Ci sono regole di base non tutti i paesi funzionano allo stesso modo !

Collaborazione con medici ed operatori

Presso il Consultorio c'è una équipe costituita da diverse competenze?

Si c'è un équipe molto affiatata: due ostetriche, una ginecologa, una assistente sociale e anche una psicologa c'è.

Come valuti tale collaborazione con ostetriche, con ginecologhe?

Interessante! Stimolante! Perché anche se io sono mediatrice e loro ostetriche e sono due professioni completamente diverse, però c'è una curiosità da entrambi i lati e quindi giustamente non è che vado a rubare il mestiere delle ostetriche, però io personalmente per avere un'informazione completa magari spesso, anzi sempre cerco di essere informata e loro sono sempre a mia disposizione! Non mancano mai ... io sempre mi appoggio a loro e loro sempre si appoggiano anche a me per altre cose più attinenti che gli servono!

Dunque c'è fra voi una forte una collaborazione?

Sì, sì è una collaborazione molto molto molto stretta! Almeno per quanto riguarda questo distretto! Per il CEP, poi quando si fanno anche delle riunioni tra le ostetriche a cui sono stata presente e lì cerchiamo di diffondere, parliamo anche del distretto!

Fate periodicamente riunioni di equipe?

Sì, sì fanno anche riunioni, anche se ovviamente ogni giovedì, quando ci si vede o all'inizio o alla fine ci si confronta a seconda di quello che ci è capitato e di come affrontare determinate ... perché può capitare un caso nuovo, ci confrontiamo di come affrontarlo e magari prima non ci era mai capitato! Ci si confronta su tutto Anche semplicemente per fare un percorso sanitario anche per una questione amministrativa anche tra di noi ci si confronta e quindi interroghiamo anche chi è più esperto in materia! E questo lo facciamo sempre!

Per quanto riguarda il rapporto con altri medici operatori con cui questo servizio collabora, hai mai riscontrato delle difficoltà?

Il rapporto è del tutto normale, non c'è un rapporto difficoltoso.

Nel corso della tua esperienza hai mai avuto modo di riscontrare difficoltà invece in riferimento al rapporto fra medici, o altri operatori sanitari e le donne straniere?

No, perché l'equipe è talmente dedita a questo lavoro e lo fa da talmente tanto tempo e lo fa talmente volentieri che non trova un ostacolo per approcciarsi! L'unico ostacolo potrebbe essere a livello linguistico, magari nel caso di una lingua che nessuno di noi qui presenti può parlare! Però non abbiamo nessuna difficoltà, per l'approccio tra paziente medico non c'è ne è!

*La Del Bravo [la ginecologa], ha fama di essere molto competente e dedita al suo lavoro...*⁹

Sì poi fai conto che parla l'inglese. Se qualcuno magari è dotato a livello linguistico qualcun altro per un altro tipo di approccio! Ci si compensa e ci si completa in quel senso! Ognuno ha qualcosa che magari, ne ha di più rispetto all'altra, però tutti insieme ... perché poi alla visita è presente l'ostetrica, la ginecologa, a volte anche l'assistente sociale dentro! Oppure io! Quindi quando ci sono due tre persone è un servizio abbastanza completo!

Pe quanto riguarda invece il rapporto fra donne immigrate e medici, operatori sanitari di altri servizi, a cui magari avete indirizzato le utenti o da cui le donne provenivano, hai mai riscontrato qualche problematica?

Personalmente no, anche se non ho avuto chissà quale caso ... Perché poi di solito è il medico che si interfaccia! E quindi al massimo mi può capitare che un medico mi manda una persona e magari cerca di prendere appuntamento, oppure si rivolge e chiede come fare, perché magari ha una problematica linguistica ... quindi come fare la mediazione con questa persona, in quel senso! Però a livello di medici, medici sulla questione sono i medici, ognuno ha la sua professione ben distinta!

Nel corso della tua attività hai mai avuto modo di riscontrare pregiudizi, stereotipi nei confronti delle donne straniere da parte di medici ed operatori sanitari di altri servizi sul territorio?

Personalmente non ho visto. Io penso anche perché qui si lavora esclusivamente con stranieri, quindi avere pregiudizio, verso una determinata categoria, in questo caso stranieri, già hai sbagliato mestiere, secondo me, se fai un lavoro di aiuto, non puoi avere pregiudizi così!

Secondo te i diritti delle donne immigrate in ambito sanitario sono rispettati qui in Italia nel quotidiano, come sancisce la normativa oppure no?

Sì sì. Io penso di sì, qui sul territorio. Si poi io parlo poiché sono qui, a livello di maternità, ma non solo anche altre problematiche ginecologiche penso di sì! Perché c'è molta attenzione su questo! Almeno da parte nostra! Da parte nostra sì, noi cerchiamo di

⁹ Ciò è emerso nel corso di colloqui informali con immigrati, referenti del terzo settore ed anche nel corso di interviste condotte in precedenza.

dare una tutela ad ogni singola persona, anche con due parole, se servono, se bastano. Almeno da parte nostra c'è. Ma io penso c'è un po' ovunque, perché mi è capitato, facendo la mediatrice anche in ospedale, quindi l'attenzione verso il paziente, gli stranieri c'è! Anche perché siamo sempre in ambito medico! Quindi il medico, prima di tutto è un dovere! Io non ho mai incontrato un medico che non fosse, che si comportasse come se avesse un rifiuto verso l'altro, no, oppure verso lo straniero, no non mi è mai capitato!

Nella tua attività di mediazione in ospedale ti è capitato di essere presente anche nel caso di donne che hanno partorito?

Mi è capitato! Ecco per esempio c'era una signora incinta di due gemelli e lei aveva difficoltà di esprimersi, a capire, capiva! Eravamo lì che doveva fare un tracciato, quindi era proprio agli ultimi giorni della gravidanza e si era deciso il parto cesareo. Evidentemente c'erano delle difficoltà e quindi ovviamente nella sala durante il parto cesareo ci sono i medici e basta, però per esempio il medico, il dottore insomma chi ha fatto il parto, ha voluto che ci fosse anche la mediatrice... E mi hanno vestito tutto quanto! Proprio non se dovesse esserci qualcosa da dirle, ma più che altro come un supporto, perché la signora giustamente era agitata e quindi c'era bisogno di qualcuno che le desse un supporto morale, nella sua lingua, a calmarla, in qualche modo tenerle la mano, mentre succedeva tutto questo! Questo è bello e quindi se ci fosse poca attenzione non avrebbe fatto una cosa simile. Anzi già il fatto che esiste un servizio di mediazione coperto tutti i giorni!

All'ospedale?

Si sì all'ospedale, e all'Asl l'attenzione c'è!

Mediazione con donne rom

Per quanto riguarda le donne rom con cui lavori in prevalenza quali sono secondo te le problematiche maggiori che hanno nell'approcciarsi ai servizi sanitari?

Il solo fatto di approcciarsi! Il solo il fatto di approcciarsi, perché non hanno l'abitudine la cultura di farsi delle visite, di visitarsi. Nel senso che una persona occidentale, europea o chiunque sia, magari anche in Italia, ha questa abitudine di andare dal dentista una volta all'anno e dal ginecologo e dal cardiologo e quindi ... loro non hanno questa cultura di fare controlli! Spesso e volentieri capita che mentre sono qui, tra una cosa e l'altra e magari sono trent'anni che vivono qui, e dicono "Ma qui c'è il dentista? Come funziona?"

E questo ti fa capire che forse non sei mai stata visitata da un dentista! Oppure mi è capitato ... Sarebbe bello vedere com'è con gli altri servizi!

Ho avuto modo di notare che le donne spesso vengono al servizio accompagnate, creano dei gruppetti in sala di attesa. Per quale ragione secondo te?

Sì, sì, vengono accompagnate! Secondo me, fai conto che i campi non sono vicini, la maggior parte viene con il pullman, altre le portano con la macchina, tra amiche, specialmente le ragazze giovani, vengono tra amiche, oppure con la suocera perché magari ci vivono insieme. Non ho l'impressione che le suocere siano lì per controllarle, quello no, non siamo a quei livelli, si è oltrepassata questa evoluzione e quindi ... Per comodità, per passaggio, per compagnia, oppure perché magari hanno già un bambino piccolo e non possono lasciarlo con i maschi a casa e quindi viene la suocera, lei fa la visita e la suocera si occupa del bambino! E' tutta una rete fra loro!

Quanti campi Rom ci sono in questa zona?

Non ti so dire, allora i due maggiori che conosco sono due che conosco e le donne vengono dalla ex Jugoslavia, la maggior parte sono macedoni o serbe ... Però la maggior parte sono da lì! Poi ci sono tanti che abitano anche nelle case popolari, non è che i rom vivono solo nei campi rom. Ci sono quelli ben integrati nella società, hanno lavoro, studiano...

Certo quello dei rom è un universo eterogeneo. Nel corso della tua esperienza di mediatrice con le donne rom hai riscontrato particolari difficoltà?

Ma niente di particolare ... Oltre al fatto che non tengono conto che ci sono delle regole e si devono seguire, cioè nel senso vanno un po' per conto loro, però non si può! Se esistono delle leggi esistono per una ragione, quindi come li segui tu li seguo io anche loro li devono seguire! Sì, ecco specialmente con i rom e fargli capire che se si è irregolari, non si può avere un determinato servizio, di interruzione di gravidanza o qualunque altro tipo di servizio, per essere regolari ed è illegale essere irregolari quindi è lì la problematica! Tu cerchi di indirizzarli, magari non è facile neanche, però d'altra parte il muro da parte di loro è se hanno vissuto sempre così ?

Questo dunque non è facile ...

No perché a volte puoi sembrare come quella che ... loro possono vedere “Ma tu stai dalla parte di loro?” No, cerco di stare dalla parte giusta! Nel senso che gli faccio capire ciò che esiste qui, come io mi sono adeguata, e cerco di farlo e loro lo fanno anche voi, stiamo vivendo nella stessa società! Sì, a volte pretendono e li devi far capire che per avere quella cosa c'è bisogno ... Non è un ricatto, non mi fraintendere! E' semplicemente, per dirti, che sei incinta, vuoi il libretto di gravidanza e fare tutti gli esami? Devi metterti in testa che devi essere regolare! Quindi cioè il medico per coscienza sua te la può fare la visita, però questo non è il modo di stare in mezzo qui, nel senso un domani come farai tutto il resto? Cioè devi far capire anche che una gravidanza è una cosa importante, stai facendo una vita nuova, non si sa mai ... Si spera sempre che vada tutto bene giustamente, però se c'è da fare qualche visita in più? Bisogna essere in regola! E perché non fare le visite? Se si ha la possibilità di essere tutelati, perché almeno in Italia la maternità è tutelata, perché non ne approfitti della situazione, che si è tutelata per tutti i nove mesi! In altri paesi forse devi pagare, non lo so come funziona! Però non è gratuita la gravidanza qui è gratuita! Qui è tutto gratuito!

La difficoltà è quella a far capire a loro che è un bene per loro e per il bambino a fare le visite costantemente! Non che vogliamo imporre una cultura occidentale, ma semplicemente un percorso sanitario e basta, senza imporre niente! E lì c'è difficoltà in alcune persone di farle capire che è un bene se si seguono durante la gravidanza! Altre non c'è nessun tipo di problema perché magari hanno frequentato la scuola, oppure specialmente a quelli che vivono in casa quindi non sono nei campi.

Ti capita dunque di fare mediazione anche con persone che sono da molto tempo in Italia, per quali ragioni in particolare?

Sì, sì, perché magari c'è qualcuno che non sa esprimersi in italiano, quindi magari capiscono tutto però non sanno esprimersi bene. Oppure si esprimono male e quindi quando lo dici in Italiano è tutt' altra cosa! Oppure che preferiscono esprimersi nella loro lingua per far capire le loro ragioni! Tieni conto che è diffuso molto tra loro a non finire la scuola, quindi è un problema! Chi da bambino è nato qui e quindi da bambino ha seguito la scuola non ha problemi perché riesce a finire almeno la scuola media. Questo è un successo, e almeno la lingua la conosce, sa esprimersi! Chi invece l'ha imparata così ... e poi ha vissuto sempre in un ambiente suo, nella sua comunità la puoi capire ma non abbastanza!

Vi sono, secondo te in occasione del parto, particolari tradizioni o rituali che magari le donne rom vorrebbero poter vivere anche in ospedale?

No ... so che non vogliono l'epidurale e preferiscono il parto naturale, non sceglierebbero mai il cesareo! Salvo che non è imposto per situazioni di necessità!

Per questa ragione è stata forse richiesta la tua presenza in occasione di un parto cesareo?

Sì, la signora non ha avuto problemi, perché le è stato detto mi ricordo che per forza si doveva fare il parto cesareo, era necessario! Però se devono scegliere, se le metti di fronte a una scelta, per loro non esiste il cesareo! Per loro esiste solo parto naturale con tutti i dolori che subisci, perché la loro cultura è quella! Neanche l'epidurale! E' tutto naturale! Ora in Italia partoriscono in ospedale, perché possono partorire in ospedale, ma in Ex Jugoslavia, c'è ancora chi è fortemente legato alla sua cultura, in Ex Jugoslavia partoriscono ancora in casa! Però qui, tra le donne che si trasmettono, però non è la stessa vita, non è la stessa cosa non è la stessa società quindi non si può fare tanto il paragone!

Fra le donne rom vi è una grande diffusione della cultura dell'allattamento?

Loro allattano, quello sicuramente! Anche per molto tempo!... Poi è soggettivo! Però fino ad ora non mi è mai capitato di sentire che non hanno latte. Penso che sappiano anche come gestire la situazione.

Ti è mai capitato di venire a conoscenza del ricorso a medicine "tradizionali", fra le donne rom?

No. Io personalmente ... non l'ho riscontrato! Non saprei darti una risposta più concreta. Mi viene da pensare un'altra cosa, magari forse non c'entra nulla con la tua domanda per esempio quando si parla di contraccezione ... Sarebbe importante dargli un'informazione più ampia, più corretta sulla contraccezione! Perché spesso e volentieri proprio perché non vogliono rimanere incinta, però non prendono la contraccezione, sarebbe bello informarle sulle possibilità e spesso e volentieri loro decidono per la pillola, nonostante la pillola esige dei ritmi rigidi, più scanditi che loro non sono in grado di seguire! Loro dicono anche "Sì, lo farei". Però alla fine non lo seguono, perché non sono abituati a seguire delle regole ben precise! E quindi si cerca proprio a darle un'educazione della spirale, dell'intradermico, questo è stato il percorso! E spesso e volentieri se una ha provato e non si è trovata bene, per qualsiasi motivo, con la pillola, la spirale ... basta una che ti sparge la voce e tutti pensano che fa male, fa dimagrire, fa ingrassare e quindi si creano questi stereotipi che fai fatica a togliere! Cioè che in realtà non è così! Non c'entra nulla con quello che capita! Per esempio da loro è più difficile questo, cioè fargli cambiare idea su queste cose. Quando si crea uno stereotipo su una determinata cosa ... e lì ci siamo noi!

Loro si rivolgono al Cep anche quando c'è molta regolarità?

Sì, sì, sempre.

Hai mai avuto modo di riscontrare stereotipi e pregiudizi nei confronti delle donne rom, da parte di altri operatori sanitari in ambito sanitario?

No, no, non c'è! Magari forse all'inizio esistevano non so, perché io non c'ero però lavorare a lungo con le persone, credo che ti fa capire! Imparano! Le stesse persone le vedono e quindi iniziano a capire ... perché poi in fondo per quanto uno appartiene ad un'etnia, ad una cultura, alla fine ognuno va per conto suo!

Però certe abitudini certi atteggiamenti si fanno parte della stessa cultura. Ma è il tempo che ti fa imparare!

Attività di mediazione

Per concludere quali sono in generale le difficoltà che hai riscontrato in prevalenza nello svolgimento della tua attività mediazione?

Secondo me non è molto conosciuta come professione e quando non conosci una cosa, non sai cos'è e non sai neanche come utilizzarla. Io penso questo! Ma anche negli altri ambiti, nelle scuole, non è molto chiara come figura! Secondo me non si conosce molto come figura. Spesso e volentieri quando mi chiedono "Che lavoro fai al Cep?" "Mediatrice." "Che vuol dire?" ... Mi vien da pensare ai vicini di casa! Non sanno cosa vuol dire la mediazione!

Come mediatore poi sicuramente è un'attività precaria, per il resto sei interprete!

Quindi trovi che spesso si lavori soprattutto per far fronte a problematiche linguistiche?

Principalmente è quando si ha un problema linguistico, si parte sempre da lì! Però poi man mano si scoprono che c'è difficoltà culturali!

Nel corso delle tue esperienze in ospedale hai riscontrato qualche difficoltà particolare?

No, no in ospedale non ho trovato semplicemente, forse perché loro hanno conoscenza, magari non tutti, ma hanno conoscenza della figura di mediatore! Però io mi sono sempre approcciata con persone che chiedevano il mediatore, quindi sono già a conoscenza e sanno chi è, e che cos'è!

Ed invece al Consultorio Immigrati?

L'unico problema è quando offri un servizio e non è continuativo, quindi non dipende da noi! Se non c'è budget, non ci sono fondi purtroppo non ci puoi fare nulla perché il tempo che le persone... Giusto il tempo che le persone si abituano, che esiste questa figura, che

possono contare e poi finisce questo periodo, finisce questo percorso! Non ci sono più i fondi per rinnovarla, quindi non ti trovano più! Allora dopo, ci vuole altro tempo, quando ricominci di nuovo, li devi far abituare che oltre al giovedì ci sono anche altri giorni! Ecco le problematiche possono essere queste! La non continuità, oppure la non conoscenza della figura del mediatore, la mancanza di praticità!

Ti ringrazio per questa intervista.

INTERVISTA ALLA DOTT.SSA DEL BRAVO

GINECOLOGA DEL CONSULTORIO IMMIGRATI DI PISA¹⁰

L'intervista si volge al Consultorio Immigrati in una pomeriggio in cui vi sono poche visite, al termine delle stesse, presso l'ambulatorio medico. All'intervista prende parte di tanto, in tanto anche l'ostetrica, che interviste fra un'attività ed un'altra. L'ostetrica non ha mai voluto che la intervistassi direttamente, seppure mi abbia fornito molte informazioni nel corso di colloqui informali.

Il servizio (a cura dell'intervistatore)

Servizio presso cui è impiegata ____ Consultori dell' ASL Area Nord Ovest Area pisana (Ex Asl 5 di Pisa) fra cui il Consultorio Immigrati ____

Tipologia dell' attività svolta con le immigrate nell'ambito dal servizio

____ Attività sanitaria _____

Dati anagrafici/ personali

Sesso F

Specializzazione: ____ Ginecologia ____

Quando nasce il progetto del Consultorio Immigrati a Pisa?

Nasce quando nel 1993 abbiamo fatto un corso a Bologna del Cospe, poiché la Regione Toscana individuò la possibilità di far nascere quattro consultori sperimentali rivolti ad immigrate, tre a Firenze e uno a Pisa. Ed individuò degli operatori dedicati per fare questo corso del Cospe, a Firenze. Degli attuali operatori del consultorio lo abbiamo fatto io e Ornella, l'ostetrica. Siamo state le prime! Il consultorio poi è stato avviato nel febbraio nel '94.

¹⁰ L'intervista si è svolta alla presenza dell' ostetrica, che di tanto in tanto è intervenuta.

Quali furono le prime problematiche con le quali vi siete dovute confrontare?

Intanto era una cosa assolutamente sperimentale e non sapevi proprio dove mettere mano! Però era una bella équipe, perché all'inizio l'équipe multidisciplinare era completa: c'era l'ostetrica, la ginecologa, l'assistente sociale, la psicologa e la mediatrice culturale. Poi per molti anni siamo state molto più frammentate. La psicologa al momento non c'è più, la mediazione adesso è a periodi alterni, l'assistente sociale ora c'è fissa, ma non c'è sempre stata, anche se negli ultimi anni c'è sempre ... però ci sono stati anche anni in cui non c'era! E, poi, soprattutto era una realtà completamente nuova ed era una realtà abbastanza particolare.

Questo perché essendo la nostra mediatrice somala, Mariam, che è sposata con un italiano, laureata in lingue e parlava cinque lingue fra cui russo arabo, italiano, ed essendoci in quegli anni a Pisa ... I flussi migratori cambiano con il tempo e in quel tempo a Pisa erano particolarmente presenti le badanti somale, che erano arrivate prima delle badanti filippine ... E quindi noi la prima realtà con cui siamo venuti a contatto è stata quella, poiché le utenti che lei ci portava erano essenzialmente somale, visto che era una realtà che lei conosceva bene e con cui interagiva meglio ... Insieme al campo rom che non ci ha mai abbandonato! Quello da sempre! Soprattutto rom Macedoni ... Però le somale erano tante e quindi la prima esperienza che abbiamo fatto è stata una esperienza con loro ... ed è stata una bella esperienza!

Quali erano le problematiche della utenza di quegli anni?

In ambito sanitario, erano tutte legate alle Mutilazioni Genitali Femminili, perché le somale lì sono chiuse, cuciono ... e per il parto andavano disinfibulate! Però era una realtà che vedevamo di più. Poi si è persa completamente!

Come mai?

Perché sono andate in Germania! Perché la Somalia ... Quindi qua le somale ora sono pochissime e si sono ridotte anche le etiopi che inizialmente c'erano!

Quali erano invece le problematiche sociali che avete avuto modo di riscontrare in riferimento all'utenza dei primi anni di attività del consultorio?

Dunque le somale erano piuttosto inserite, avevano una comunità, poi avevano lavoro, erano quasi tutte badanti, tutte abbastanza regolari ... Per cui insomma non avevano grossi problemi da questo punto di vista!

L'utenza del passato abbiamo detto proviene in prevalenza da Somalia Eritrea insomma Africa?

Non sempre però anche mondo rom macedone.

Vi erano donne dalle Filippine?

Filippine noi non le vediamo tanto, le filippine sono arrivate dopo, sono molto integrate e hanno le loro reti e frequentano i servizi normali! Questo consultorio non dovrebbe essere utilizzato da chi è regolare.

Eppure anche dalle filippine c'è una utenza considerevole negli ultimi anni, in base ai dati, come mai secondo lei?

Perché qualcuno ci prova! Perché qui non si prende l'appuntamento, non fanno la fila, al CUP è tutto gratis e però poi qualcuno ... Ho delle pazienti mie che vogliono venire.

Quindi vengono anche dal consultorio di Via Torino, dove lei lavora in altri giorni della settimana?

Eh capito... In realtà questo consultorio non deve essere per le donne regolari, ma può essere che qualcuna regolare, appena arrivata che però magari ha difficoltà linguistiche venga qui!

Secondo lei donne filippine hanno difficoltà con la lingua italiana, in base alla sua esperienza o no?

Sì lo parlano italiano ... parlano un po' di inglese, insomma qualcosa parlano!

Quindi non vi sono difficoltà linguistiche (glielo chiedo perché si tratta di un campo di indagine che seguo anche nella città di Napoli)?

No, anche perché lavorano nelle famiglie e di solito poi tra l'altro lavorano nelle famiglie ricche, che hanno una bella rete, quindi se si ammalano è la famiglia che le ospita, che trova le visite le manda a far le cose! Loro fanno riferimento alle reti della famiglia che le ospita. In Toscana comunque c'è più un'idea della sanità pubblica che comunque è diversa da Napoli, è una realtà completamente diversa!

Da quando invece è stata avviata l'attività di collaborazione con enti, associazioni che lavorano nell'ambito della tratta, della prostituzione e della violenza?

Eh quella da quando è nato il Progetto Sally. Da quando è nato, subito! Sia il Progetto Sally che Donne in Movimento. E sono nate dopo poco!

Dunque da quando è stata varata la legge in riferimento all' art. 18 per donne vittime di tratta, verso la fine degli anni '90?

Sì, da subito da quando è nato l'art. 18. Ed è stata fin da subito una collaborazione formalizzata!

Quali sono invece in tal caso le problematiche, anche da un punto di vista relazionale con questa tipologia di utenza?

Allora, dipende dalle provenienze. Perché in realtà per quanto riguarda la tratta e anche i progetti che attivano percorsi di uscita dalla tratta, abbiamo a che fare soprattutto con donne dell' Est Europa, dell' Albania, della Romania e poi con le nigeriane, soprattutto con queste tre popolazioni. L'impatto, diciamo, la relazione con queste donne è sempre stata non troppo difficile, perché sono donne che hanno bisogno veramente di poco! Sono così bistrattate che se te hai nei loro riguardi un atteggiamento di tipo umano, proprio basico, niente di che, loro sono abbastanza ... Poi sono molto diverse le albanesi, le rumene dalle nigeriane. Le nigeriane hanno questo atteggiamento scanzonato, quasi che non gliene fregghi niente, sembrano tutte ciucche! In realtà probabilmente non è così! Però hanno un atteggiamento apparentemente molto più superficiale! Le donne dall' Est Europa sono più ... Alcune sono più consapevoli e ti dicono con franchezza che loro lo fanno provvisoriamente e sembrano un pochino più ... consapevoli.

Nel tempo come è cambiata l'utenza? Quali sono le provenienze prevalenti delle donne che negli ultimi anni?

Ecco noi abbiamo un'altra utenza ... Adesso abbiamo tutto il problema degli sbarchi che prima non avevamo, quindi anche tanta Africa sbarcata, comincia ad arrivare! Come utenze emergenti abbiamo avuto anche il Bangladesh negli ultimi anni, però è già tanto che ci sono, il Bangladesh è già tanto che c'è! Più che altro ora ci sono questi sbarchi, le novità sono gli sbarchi, tanta Africa diversa! Ecco noi non abbiamo tante senegalesi, anche lì la comunità senegalese è molto forte da noi, ma è fatta prevalentemente da uomini e comunque le donne senegalesi afferiscono ai servizi consultoriali normali, sono quasi tutte in regola, per cui poche vengono da noi! Così come l'utenza cinese! Noi abbiamo tanta popolazione immigrata cinese, però anche lì è un'utenza particolare è un'utenza chiusa, è un'utenza che ... Spesso è un'utenza ricca, io le vedo in studio le cinesi! Vengono pagando senza ritrarsi, anzi non solo vengono pagando, ma ogni volta mi portano un regalo (non so il bracciale di pandora) ... Veramente devo dire è proprio un'utenza diversa! Mediamente sono abbastanza piene di soldi le cinesi!

Vi sono problematiche che ha avuto modo di riscontrare con le immigrate cinesi, da un punto di vista linguistico o culturale?

Difficoltà linguistiche enormi! Le cinesi in Italia parlano italiano sennò non parlano nulla l'inglese non lo parla nessuno e vengono sempre accompagnate da chi media per loro!

Quindi hanno il loro mediatori?

Sì, hanno il loro mediatore e non accettano nessun altro! E qualcuno ce l'abbiamo, ogni tanto qualcuno ci prova, per esempio stavo seguendo in gravidanza la figli di M. F. ... Che le ho detto "Ti dovevo mandare via dieci anni fa da questo consultorio, non ti presentare più col musone lungo fino ai piedi al consultorio immigrati perché non ti voglio più vedere!"

Ostetrica: Eh poi loro questa estate dovevano andare in crociera! Ma sul traghetto non la prendevano perché era incinta, sennò andavano in crociera! ... Sono andati in aereo...hai capito?

Del Bravo: È una popolazione diversa, hanno più risorse! Però i padroni portano le loro lavoranti cinesi quello sì... Tutte quelle che lavorano, poi spariscono, clandestine che lavorano in queste fabbriche, commesse che non parlano una parola ... Quelle le portano!

Quali le problematiche sanitarie delle cinesi che sono accompagnate?

Ivg, gravidanza, controlli vari, questi qua più meno!

In base alla vostra esperienza vi sono donne che hanno più difficoltà ad orientarsi fra servizi del territorio, rispetto ad altre, magari non in riferimento alle nazionalità?

Le africane, sono quelle messe peggio! Anche il Bangladesh soprattutto, il Bangladesh è una utenza difficile!

Le donne del Bangladesh hanno problematiche anche linguistiche?

Ostetrica: Mah! Non sappiamo se la responsabilità è proprio tutta del marito, che le soggioga!

Del Bravo: Ma anche loro una mossa non se la danno, non c'è modo di comunicare, sono ... mosce!

Dunque hanno particolari difficoltà comunicative dunque che influenzano anche l'ambito relazionale secondo lei?

E' molto difficile! Finché ad un certo punto cominciano, anche perché questi mariti sono quasi tutti commercianti ... non sono poveri, c'hanno commerci... Ora poi anche il Nepal c'è una grossa comunità nepalese. Ora quelli più antichi sono andati via, sono partiti ed hanno aperto un albergo a Katmandu ed ora hanno i cugini che vendono al mercato ...

Un progetto migratorio di successo in questo caso!

Si tanti diversi progetti migratori !

Ho visto che prima c'era una ragazza bellissima con questo abito rosso lungo ed il velo, anche lei proveniva dal Bangladesh?¹¹

Era Bangladesh!

Ha avuto modo nel corso della sua esperienza di riscontrare difficoltà particolari anche nelle relazioni con pazienti di diversa nazionalità?

Le problematiche relazionali più grosse sono con i rom ... non ci si fa! Poi forse dipende anche dalle proprie attitudini, probabilmente io non li sopporto più, è dal '94 che sono qua! I rom sono difficilmente sopportabili! Credo che le difficoltà dipendono più da noi che da loro, nel senso che comunque se tu ti sai approcciare tutto sommato si supera, si riescono abbastanza a superare! Quando hai la percezione anche delle loro condizioni, del loro pensiero... Io sono una anche che ci discute eh! Che dice la sua! Però il nostro atteggiamento è sempre quello di essere accoglienti in maniera "easy", proprio "così"! Per cui anche se ci litighi, ci discuti, le relazioni sono sempre abbastanza funzionanti!

Ostetrica: Poi anche il fatto di discuterci diventa anche un mezzo di educazione sanitaria!

¹¹ Porgo questa domanda poiché avevo provato a rapportarmi a questa ragazza nel corso dell'osservazione ed attività di interviste in sala di attesa, ma non vi era stato modo di comunicare con lei che sembrava non capire la lingua italiana.

Del Bravo: E poi è meglio che tu magari ti arrabbi quando hanno fatto tre aborti, magari, perché gli dai più l'idea che ti occupi di loro! Che ti preoccupi! Perché se no, è più facile non li guardi nemmeno, fai finta di nulla! Sicuramente un rapporto così è un rapporto che non può funzionare! A me alle volte mi capita che sono qui sono stanca e tiro via... Però se invece si lavora come si deve lavorare ... Eh loro sono brave *[riferito alle ostetriche all' équipe]*, è una bella équipe! Se invece si lavora come si deve lavorare anche con modalità un po' rudi come sono le mie... Ci si fa!

Ostetrica: "Via via signora!" *[parafrasando le parole ed i modi della Dott.ssa]*

Del Bravo: Sì, perché poi loro sono veramente accoglientissime *[riferimento all' équipe]*! Quindi metà del lavoro è già stato fatto!

Ostetrica: Quello che si può dire è che siamo un équipe molto unita, con la nostra assistente sociale la nostra mediatrice, lavoriamo proprio bene insieme, non c'è che dire!

Del Bravo: Sì, ora non c'è che dire!

In riferimento alla mediazione culturale e linguistica voi avete qui fissa una mediatrice in lingua macedone, per quale ragione la mediatrice somala è stata sostituita, forse perché è mutata l'utenza?

Perché la Usl ha fatto un casino! Dopo 18 anni di Co.Co.Pro. le ha detto "Scusi ci siamo sbagliati lei ha fatto 18 anni di Co.Co.Pro. e non poteva!" E dall'oggi al domani l'hanno mandata via!

Quindi non ci sono stati problemi?

No è stata proprio una questione di ... Poi è chiaro J. è un'altra cosa, Mariam era tutta un'altra cosa forse era un po' più adagiata ... però ...

Ostetrica: Rientrava anche un po' nella sua natura, come sono loro...

Del Bravo: Mosce! J. *[si riferisce alla attuale mediatrice culturale]* è una che "leva il fumo alle schiacciate"!

Vi sono circostanze in cui è necessario ricorrere ad altre mediatici professioniste?

Sì, certo capita, per la lingua o anche non mi ricordo ... Una volta è capitata una mediazione per quella coppia che aveva una figlia femmina, per cui avevamo paura di una infibulazione. Lui era del Sud Sudan e lei era senegalese e prima di partire facemmo tutta una mediazione con un mediatore maschio del Sud Sudan, in lingua araba e poi un'altra mediatrice, per cercare di fare prevenzione sull'infibulazione su questa povera bambina che andava in Sud Sudan! Poi, non sappiamo come è andata.

In riferimento alle IVG invece vi sono nazionalità che ricorrono maggiormente alle interruzioni volontarie di gravidanza in base alla vostra esperienza?

Sì sì, tutta l'Est Europa abortisce allegramente senza grossi problemi! Ce l'hanno proprio nel DNA! L'aborto è un metodo di contraccezione, culturalmente l'aborto è un metodo di contraccezione! Per quello non si fanno grossi problemi!

Voi qui distribuite anche metodi contraccettivi gratis?

Abbiamo solo la spirale perché fino a che non troviamo il modo di riattivare questa cosa ... perché nessuno se ne interessa! Quindi noi mettiamo spirali non medicate e ogni tanto cerchiamo di raccattarne qualcuna di quelle nuove medicate... Comunque sì, abbiamo avuto per il progetto ogni anno mandavano contraccettivi, quest'anno la richiesta è stata fatta *[si rivolge all'ostetrica]*? Però poi hanno mandato dei contraccettivi che per noi non vanno bene ... Ora quest'anno non lo so!

Voi siete in questo servizio fin da quando è stato attivato, avete notato cambiamenti per la vostra attività, e se ci in che termini, positivi o negativi? I tagli alla sanità degli ultimi anni hanno influito in qualche modo sulle attività del servizio?

A noi devo dire che ha influito relativamente, perché comunque in Toscana c'è sempre stata questa attenzione grossa sugli immigrati, per cui noi tutto sommato ... grosse cose no! Sulla contraccezione secondo me abbiamo lavorato di più in questi anni! Sono diminuite ...

Ostetrica: Abbiamo fatto tanta contraccezione anche su nazionalità più restie, anche quelle del Maghreb e del Nord Africa, ora se ne vedono! Fanno contraccezione! Con la spirale, la pillola! Prima no! Si è notato un po' come ... non so come spiegarlo ... I primi immigrati che venivano erano meno acculturati, ora sono un po' cambiati! A parte dal Bangladesh!

Del Bravo: Anche le albanesi sono cambiate tanto! Sono più integrate ora, ma non solo, vengono dal loro paese e ti portano le ecografie fatte là, magari tutto privatamente... fanno il bi-test...

Ostetrica: Sì, un'idea di sanità ce l'hanno!

De Bravo: E' l'Africa proprio quella che non ha speranze!

Per quanto riguarda le utenze di richiedenti asilo, che fanno parte di questi nuovi sbarchi e vengono qui accompagnate voi avete anche un progetto con PAIM?

Sì, con PAIM. Però sono quasi tutti maschi ... Sì qualcuna arriva, ma tante sono state violentate, sono incinta e sono rimaste incinta lungo la via ... Quelle che ci

sono arrivate dello SPRAR sono veramente bimbe morte! Nel senso che te le vedi dallo sguardo, è agghiacciante! Sono giovani e con lo sguardo perso! Perso!

Ostetrica: Ce n'era una che aveva preso una pillola prima di mettersi in viaggio perché sapeva quello che poteva succedere! ... Con gli occhi spenti proprio!

E da quali paesi provengono in prevalenza?

Nigeria, Nigeria, un po' di eritrea, un po'.

Però con loro c'è sempre un'intermediazione delle operatrici che le seguono anche nell'accoglienza?

Sì.

Ma queste ragazze poi si trovano ad affrontare queste gravidanze indesiderate ... ?

Vengono interrotte! Poi di loro non sappiamo proprio nulla, anche i centri di accoglienza di primo attracco non sanno niente ... Diciamo, poi, provi ad indagare e scopri delle cose che nemmeno loro sapevano! Noi di una abbiamo scoperto cose che nemmeno gli operatori sapevano!

Voi avete semplicemente chiesto?

Forse, poi alla fine loro hanno detto perché magari si fidano di più di un medico, quindi si scoprono anche cose che non si sapevano! Come quella che è venuta oggi. L'accompagnatrice mi ha detto "E' incinta, è del marito, il bambino lo vuole e quindi andiamo avanti!". Ma invece lei voleva interrompere la gravidanza!¹²

Quindi le operatrici non avevano capito?

Sì sì, noi abbiamo chiamato la mediatrice! Abbiamo attivato la mediatrice telefonica! Per forza perché questa era analfabeta, parlava solo arabo! Come si faceva? Noi prima di darle il libretto di gravidanza così ...

Certo! Invece quali sono i canali con i quali le donne arrivano a questo servizio, non so per passaparola, sono inviate da altre strutture mediche oppure da associazioni ...?

Ci arrivano per passaparola o accompagnate "da". Poi questo è un servizio storico!

¹² Si fa riferimento ad una donna africana giunta al consultorio con una operatrice di una associazione ed i suoi quattro figli. Il primo di circa quattordici anni, guardava le tre sorelline impegnate a giocare, di cui la più piccola aveva due anni e mezzo. Con i bambini mi sono intrattenuta a giocare in sala di attesa, mentre la mamma faceva la visita assieme all'operatrice, a seguito del pianto della più piccolina per una lite con le sorelline, che ha allarmato i presenti.

*C'è a suo parere sul territorio una integrazione, una rete di servizi dell'ambito del sanitario e del sociale, integrata?*¹³

Secondo me qui non vanno male perché c'è tanto terzo settore che lavora, ci sono tanti progetti!

Secondo lei ci sono enti associazioni, servizi con cui il Consultorio Immigrati dovrebbe collaborare di più?

Per esempio gli ambulatori dove ci sono Medici di Medicina Generale! Oppure un collegamento più stretto con l'ospedale! Gli assistenti sociali noi ce li abbiamo! Per quelli che sono i nostri bisogni!

Per concludere quali sono gli aspetti positivi della sua esperienza al Consultorio Immigrati del CEP?

La parte positiva secondo me è proprio legata a questo incontro culturale con le donne! E poi quando vai a lavoro, in un posto dove c'è una bella équipe di lavoro, con cui si collabora, vai volentieri ... Ed anche questo è molto importante!

Quali invece aspetti più problematici?

Gli aspetti problematici sono legati alla mancanza di risorse per fare tante cose che vorremo fare, ad esempio per fare progetti, fare corsi di accompagnamento alla nascita multiculturali, fare piccoli gruppi di promozione per la contraccezione! Cioè organizzare cose che vadano al di là dell'ambulatorio, per coinvolgere le donne ... E questo sarebbe molto bello ma mancano le risorse!

¹³ In questa intervista ho omesso la parte inerente le reti di collaborazione, poiché era già stata approfondita sia nel corso dell'intervista alla mediatrice culturale, che nel corso dell'intervista all'assistente sociale che lavorano presso il consultorio.

INTERVISTA AL DOTT. GUALDIERI

Responsabile del Centro per la Tutela della Salute degli Immigrati

Ospedale Ascalesi

Da quanto tempo svolge la sua attività di medico con gli immigrati e come mai?

Ufficialmente dal 2000, insomma, personalmente dato che lavoravo al Pronto Soccorso prima mi trovavo con un'utenza immigrata che veniva indirizzata a me essenzialmente per competenze linguistiche e per un'esperienza passata all'estero in Sudamerica!

Questo ambulatorio quando è sorto?

Ufficialmente dal 2002.

In ogni caso lei ha avviato le attività dell'ambulatorio?

Sì.

Vi è una équipe o vi lavora solo lei?

No, no io faccio tutto!

Lei è anche il coordinatore del GrIS Campano della SIMM, il gruppo di lavoro regionale campano della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni?

Sì, del gruppo GrIS Campania attualmente!

Da quanto tempo?

Il GrIS Campania è del 2011, quindi sono 5 anni. Però diciamo che solo ora ha preso vigore e mi auguro che parta definitivamente, perché ora sono entrate rappresentanze di Medici Senza Frontiere di Emergency, quindi insomma il gruppo è diventato più solido per le rappresentanze!

Inoltre lei è coordinatore di una delle macro-aree del Progetto Equità della Regione Campania?

Sì, per una delle macro-aree ... Anche se il progetto purtroppo è fermo per motivi burocratici!

In realtà volevo proprio chiederle informazioni in riferimento allo stato d'avanzamento del progetto?

E' bloccato purtroppo, perché non c'è ... C'è stato uno scollamento tra Regione e Asl e poi abbiamo un blocco interno burocratico, all'interno della nostra Asl. Però

tutto fa pensare ... dato che l'attuale Direttore Sanitario della Asl Napoli 1 è uno dei partecipanti al progetto mi auguro che ora possa ripartire!

Sono stati avviati dei tavoli di lavoro nell'ambito di tale progettualità per la sua macro - area?

Sì, la prospettiva ... Sì, ci sono già dei tavoli che sono solo di competenze sanitarie, ma la cosa più interessante sarebbe far partire i tavoli (e quella è la mia macro area), i tavoli nei quali andrebbero rappresentati il Comune, il Tribunale dei Minori, la Prefettura, in maniera da concertare determinate azioni, ma soprattutto flussi informativi. Perché noi abbiamo una marea di immigrati che ad esempio, avrebbero diritto all'assistenza regolare e invece per intoppi burocratici, per dissociazioni tra i flussi anagrafici e i flussi di Asl non ce l'hanno! La cosa sarebbe veramente interessante perché' ad esempio tuttora è in corso il dibattito nazionale su come riconoscere un minore!

In questo ambito l'Accordo Stato Regioni ha sancito il diritto all' assistenza pediatrica per tutti minori?

Quello poi è un altro momento! Quello è un momento politico. Invece diciamo, questi sono aspetti essenzialmente, si tratta di affrontare concretamente le problematiche!

Lei fa riferimento a come riconoscere un minore da un punto di vista burocratico?

Sì, proprio! Di affrontare completamente le realtà quotidiane!

Quali sono le problematiche in tal senso?

Sì, beh, ad esempio ... l'Agenzia delle Entrate non rilascia il codice fiscale, anche ai nati in Italia che ne avrebbero diritto! E quello blocca tutto! Oppure, per dire, il Comune per dare un trasferimento di residenza impiega nove mesi e in nove mesi come si fa?

In questo periodo di tempo gli utenti restano scoperti?

Sì, sono scoperti, per cui si finisce per ricorrere in maniera impropria al codice STP! E secondo me non è giusto! Anche se l' utente addirittura potrebbe avere maggiori vantaggi, dal punto di vista economico, però non può funzionare così! Non c'è neanche il motivo per farlo funzionare in questa maniera! Quando le comunicazioni tra comuni avvengono normalmente in tempo reale, perché i computer a questo servono, per quale ragione rilasciare un certificato di residenza tra sei o nove mesi! Oppure anche in riferimento ai permessi di soggiorno, noi abbiamo qui una Questura, che li rilascia in tempi lunghissimi, senza capire che quel permesso di soggiorno è anche la possibilità di accesso al Sistema Sanitario Nazionale!

Gli immigrati in ogni caso con il cedolino, con la richiesta, potrebbero accedere al Servizio Sanitari Nazionale?

Con il cedolino se è un rinnovo, sì sicuro! Se invece è una prima iscrizione no! E quindi ci sta quel problema lì!

Per quanto riguarda l'utenza femminile invece vi sono particolari problematiche da questo punto di vista, ovvero le donne immigrate sono formalmente molto tutelate ad esempio in caso di gravidanza, ma nei fatti ciò accade secondo la sua esperienza?

Vorrei fare una premessa logica: quando parlerò di donne, parlerò chiaramente in generale e per la maggior parte di quelle che io vedo! Dunque ad esempio io non voglio generalizzare... Ma la prima cosa che mi viene in mente è che il permesso di soggiorno per gravidanza, poi impedisce di avere il permesso di lavoro! Io certifico molto spesso per queste donne ... perché loro giustamente sentono che finalmente, con la presenza di una entità nel ventre, fanno parte di una comunità, per cui mi chiedono il permesso di soggiorno per gravidanza! Che però si limita ai mesi della gravidanza, più i sei mesi successivi e che poi dopo però impedisce loro di avere un permesso successivo per motivi di lavoro! Per dire quindi questa è una incongruenza ... E' un qualche cosa che naturalmente è stato fatto per bloccare le solite frange opportunistiche, ma sarebbe, è una cosa diversa!

C'è in ogni caso una utenza femminile consistente in questo ambulatorio?

Sì.

Qui vengono anche donne in gravidanza?

Sì, sì!

Si tratta di una utenza di donne con codice STP o ENI dunque che non sono in una situazione di regolarità?

Io vedo STP. Vedo anche una punta di regolari, un 10% circa, dove il mio sforzo è innanzitutto accoglierle, imprescindibilmente, perché quella è la maniera per poi poterle indirizzare! E poi successivamente le indirizzo per l'iscrizione Servizio Sanitario Nazionale, come regolari. Dunque il percorso nascita è un percorso nel quale ci sono numerose agevolazioni, giustamente! Ad esempio l' "accesso diretto", per dire, cioè non c'è bisogno della prescrizione, sia per la visita pediatrica che la visita ginecologica, oppure ... La dottoressa Papa, per esempio, su questo batte molto e sta creando un percorso nel quale sono loro a prenotare! Io purtroppo, invece, mi trovo molto spesso donne incinta che fanno una fila qua, e tenga presente che la fila qua fuori sono due, tre ore questa è una cosa che mi dispiace molto però ... Allora sono due, tre ore perché i sistemi di lavoro soprattutto di altre strutture che sono sul territorio, dico, ad esempio le universitarie prevedono necessariamente l'impegnativa e questa è una cosa che naturalmente porta ai dei problemi! L'accesso ai servizi, sempre della gravidanza

diciamo che ... Cioè non c'è ... benché si parli di percorso nascita in varie strutture poi nella realtà ...

L' impegnativa prevede comunque il pagamento?

No perché l' STP in realtà non paga, l' ENI può avere l' esenzione presso il codice di gravidanza. In realtà è perché il sistema di registrazione di tutte le prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale ormai passa per il codice a barra della ricetta, questa è il vero problema! Per cui si rischia che non sono conteggiate come attività di quell' istituto! Però diciamo diventa una corsa ad ostacoli perché effettivamente ... Poi tra le altre cose molte donne immigrate si trovano con un numero di controlli che è superiore alla loro cultura! Sto parlando essenzialmente delle donne sudamericane africane e anche asiatiche. Cioè praticamente vengono prescritti mensilmente dei controlli, mentre loro sono abituate che al settimo, ottavo mese, quando il pancione è grande vanno e dicono “Dove devo partorire?” Oppure “E’ maschio? Femmina? Fatemelo sapere che devo preparare il corredino!” E così via! E quindi sono delle cose che pesano su queste donne, anche perché si sentono osservate, sentono quasi che la gravidanza sia qualcosa di patologico e non di fisiologico! Dall'altro canto ci sono, invece, delle frange di donne soprattutto dell' Est Europa che invece richiedono una serie di controlli precedenti alla nascita, molto serrati e anche non previsti dal nostro Sistema Sanitario Regionale, che prescrive una serie di analisi di base, oltre le quali non si dovrebbe andare! Però insomma, alcune chiedono delle certezze sì, sì! Dall' altro canto poi ci sta anche, sto vedendo molti casi di donne che hanno problemi di sterilità e che vengono qui proprio perché vorrebbero avere un figlio. E insomma lì nascono altri problemi, perché notoriamente ... A parte il fatto che il settore della fecondazione è un settore nel quale è fortemente presente la componente privata e poi è un settore nel quale c'è un dispendio di indagini di laboratorio, perché molti chiedono la genetica giustamente, prima di far effettuare l'azione, che è un grosso carico di spesa per il nostro Sistema Sanitario. Per cui, io molto spesso devo far capire loro che non è l' ambito per fare questo! Oppure ci sono anche persone che hanno compagni italiani e a quel punto gli dico “Regolarizzate la vostra situazione e poi fate tutto nell' ambito del Sistema Sanitario Nazionale!”

Da dove provengono in prevalenza le utenze femminili di questo ambulatorio ?

Io ho uno sguardo, ho il file con i dati, *[visiona i dati nel data base del suo computer]* ... Va beh, queste sono anno per anno, le utenti, le visite, le nazionalità! L'anno scorso erano ottantaquattro nazionalità! Le rappresentanze ... vediamo queste sono specifiche per la tubercolosi... Allora noi abbiamo la prima nazionalità l'anno scorso è stata la nigeriana, la seconda è la rumena ... no l' ucraina, la terza la rumena, la quarta è la russa ... Per uno sguardo immediato facciamo in questa maniera ... Ecco qua si può fare un' idea queste sono le donne, beh bulgare sono moltissime, georgiane, comunque le nigeriane ... addirittura qua c' è le rumene, russe, le ucraine le ucraine addirittura sono più delle nigeriane ho sbagliato!

Vi sono anche pazienti somale?

Qualcuna, sì qualcuna! Per le motivazioni, io ho una casistica che è prevalentemente nigeriana se vuole dopo ne parliamo!

I casi di tubercolosi quanti sono all'incirca?

Dipende! Perché diciamo che io ad esempio quest' anno, finora sto seguendo diciassette casi di tubercolosi ... Seguendo, non è detto che siano tutti avvenuti quest' anno, anche se in quest' anno sono la maggior parte! In questo momento c'è un aumento della tubercolosi, c'è anche una rappresentanza femminile che prima non avevo, in aumento! Infatti su diciassette casi ... abbiamo sei casi di donne! Essenzialmente questo è dovuto a due motivi fondamentali: il primo motivo fa parte della storia della tubercolosi, perché la tubercolosi è una malattia che si manifesta nelle crisi economiche, quindi se c'è povertà, esce la tubercolosi! Il secondo motivo è che i flussi attuali non hanno più tanto la logica del “migrante sano” che crea l' effetto iniziale, perché stiamo vedendo che sui barconi viene messi di tutto! Oggi sentivamo al telefono, alla radio che su i 1.200 che sono arrivati, c'erano numerosissimi donne e bambini! Quindi vuol dire che non è più una migrazione per lavorare!

Lei ha notato dei cambiamenti nell' utenza nel tempo?

Sì! Certo l' utenza ... Si è abbassata l'età media, mentre io seguivo in media dei trentaseienni ora ho un calo netto dell' età media; poi c' è una componente femminile dall' Africa e dall' Asia che prima non c' era! C'è una differente rappresentazione di nazionalità: prima io vedevo pochissimi del Mali della Guinea della Guinea-Bissau, del Gambia ... Io conosco abbastanza bene la realtà del Gambia e tutto all'improvviso stanno arrivando questi soggetti giovanissimi qui! Quindi sta cambiando completamente, in rapporto a questi eventi che sono insomma di interesse internazionale sicuramente!

Ha riscontrato un aumento delle donne profughe o richiedenti asilo ultimamente?

Si stanno venendo sì!

Fra le problematiche per le quali le donne immigrate si rivolgono a questi ambulatorio vi sono quelle inerenti la salute femminile? Vi sono delle problematiche particolari che le donne straniere hanno rispetto ad esempio alle italiane?

Di primo acchito la paziente ginecologica cerco di affrontarla sia perché quando ero in Senegal, in Kenya praticamente ho fatto anche una ginecologia e anche perché per dirle, io ho sette donne nigeriane che sono uscite incinta grazie alla mia terapia... Che non è poi una terapia diciamo per stimolare la fecondità, ma si tratta semplicemente di una somministrazione ragionata di antibiotici, perché sono donne, la maggior parte sono ex prostitute, che non riuscivano ad avere figli e io

per mia esperienza dal passato, so bene che per loro basta semplicemente una “bonifica” diciamo, dell'apparato genitale perché riprenda le sue funzioni! E sono felicissime! Quindi questo sì, per esempio questa, è una problematica! Un' altra problematica rispetto alla sterilità è coinvolgere il partner maschile che generalmente viene escluso! Diciamo proprio per principio, la donna lo sente come fosse un problema suo, invece io cerco di far capire che la prima cosa è testare il maschio, perché è il più economico e anche lì insomma ho successi!

Poi anche per le malattie sessuali: lì abbiamo che il maschio ad esempio, per la gonorrea, il maschio diventa colui che fa vedere la malattia, ma nella realtà molto spesso sono le donne che sono portatrici e contaminano i maschi, per cui cercare di far venire il partner femminile “bonificare” anche il partner femminile rappresenta una cosa importante!

Dunque poi invece per le donne dell' Est Europa, che sono generalmente più avanzate d'età ci sono essenzialmente i problemi legati all' invecchiamento, quindi da cardiologici e così via, per cui loro hanno questa fissazione del colesterolo! Cioè esistono questi... con questi per cui il colesterolo diventa il parametro della salute, mentre magari non si misura la pressione! Ancora altri problemi sono, e questi sono frequenti nell'ambito della dei soggetti STP, perché praticamente il tesserino STP consente l'accesso a quasi tutte le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale ad eccezione della riabilitazione! Se c' è una povera donna che si frattura è un vero guaio, perché significa non lavorare durante il periodo del blocco dell' ingessatura, ma poi soprattutto si tratta, quando si tratta di fare la riabilitazione è complesso perché l' accesso è solo alle poche strutture pubbliche per la fisioterapia e nulla per la protesica!

Quindi dovrebbe essere tutto privato?

Esatto! Per cui infatti ieri sono venute due donne nella stessa situazione che non riescono a riprendere a lavorare dopo una frattura e stanno progressivamente andando nell' ambito dell' assistenza del Privato Sociale, insomma dormono in case di accoglienza perché non riescono a pagare il fitto non riescono!

Quali sono invece le difficoltà per donne che hanno il codice ENI ?

Sì dunque sono sia nazionali che regionali! Il codice ENI mantiene questa possibilità di avere la farmaceutica senza differenze rispetto al STP, ma il problema, invece, rimane per tutta la specialistica, per la quale devono pagare interamente! Infatti molto spesso consiglio di andare in centri privati che abbattano i costi rispetto addirittura al pubblico! Sì, perché se si tratta di fare glicemia, urine, emoglobina e transaminasi con la ricetta rossa noi paghiamo dieci Euro per il Decreto Monti e dieci il Decreto Caldoro e finisce che costa molto di più che fare i test in un laboratorio privato! Quindi sì e non ci sono segnali... anzi ultimamente dato che purtroppo in una provincia in una Asl c' è stato un po' un abuso da parte di una nazionalità ENI per le prestazioni, c'è stato un momento di chiusura, che però la Regione ha proprio ... Ecco qui ho la missiva nella quale poi

dopo dicono non cambia nulla, quindi continuate a fare quello che avete sempre fatto! Invece l' equiparazione con il codice STP, quindi avere il codice d'esenzione X01 quella mi sembra una strada lunga e complessa, complessa! Perché poi obbiettivamente bisogna dire anche la verità cioè che ci sta anche una migrazione sanitaria opportunistica: nel senso che ci sono alcune donne rumene, bulgare polacche che vengono esclusivamente in Italia per curarsi, utilizzando il codice ENI e quindi questo chiaramente grava parecchio!

Ha avuto modo di riscontrare nel caso invece delle donne profughe e richiedenti asilo che arrivando di recente problematiche particolari?

No, finora problematiche specifiche non ne emergono dal punto di vista sanitario e dal mio punto di vista quello che emerge sono problematiche socio – culturali. Quello che c' è di sicuro è che la più parte, cioè una buona fetta sono persone, ragazze analfabete! Non analfabete ... ma che non sono in grado di comunicare con noi!

In tal senso lei ha avuto modo di notare una differenza rispetto all'utenza del passato?

Sì, per cui sono effettivamente scoperte devono trovare dei sostegni locali per poter entrare in contatto con la realtà che le ospita! Sono anche abbastanza giovani, sbandate ... Poi una cosa che sarebbe interessante, io non la riesco ad approfondire, però, sono i due mondi che andrebbero proprio analizzati. Perché alcune di loro hanno i figli nel loro paese di origine e altri magari arrivano qui e questo legame come si mantiene? Questo legame con il mondo di partenza è una novità per me! Perché finora le donne, ad esempio, dall' Est Europa vengono con un progetto migratorio preciso, organizzato, per cui i contatti con la famiglia di origine sono saldi, sono indispensabili, perché praticamente fa parte del progetto migratorio e addirittura c'è il ricongiungimento qui in Italia con la componente familiare precedentemente lasciata. Invece con le donne africane, almeno degli ultimi sbarchi, dove forse vi sono madri e bambini, eh le donne africane le donne dell' Asia invece lasciano questo mondo lì non tanto organizzato ... Per quanto io conosca la famiglia allargata africana per cui si sa che il bambino magari sta con il cosiddetto zio, zia, cugina e così via ... Ma sto riscontrando proprio la mancanza di comunicazione in questo momento! Cioè sembra che siano donne che sono partite e hanno perso il contatto con la realtà di partenza! Questa è una novità!

Quando parla di donne asiatiche, in tal caso, a quali nazionalità fa riferimento in particolare?

Dall' Asia, dunque, ci sono dei ricongiungimenti che riguardano il Pakistan e il Bangladesh.

Per le donne provenienti dal Bangladesh ha avuto modo di riscontrare problematiche di comunicazione?

Sì.

Vengono alle visite accompagnate?

Mah, generalmente dal loro marito, la maggior parte vengono con il marito. Poi va beh ci sono le srilankesi, che sono una questione a parte, sono vecchie comunità, è tutto organizzato, tutto ben conosciuto ... Dunque le filippine sono pochissime ... Quindi ripeto sì, sono bengalesi, pachistane essenzialmente io questo ho visto! Dell' Asia, indiana una e sono generalmente ricongiungimenti. Poi sono musulmane.

Ha mai avuto modo di riscontrare qualche difficoltà in riferimento a differenze religiose, ad esempio nel caso delle donne musulmane alcune di loro preferirebbero avere un medico donna ...

Da qualcuno mi viene espresso, però devo dire che ...in linea di massima chi viene qui è già informato!

In base alla sua esperienza, vi sono donne immigrate che hanno maggior difficoltà da un punto di vista sociale e culturale o ad orientarsi fra i servizi del territorio?

Sì, certo ribadisco, per esempio per la gravidanza certo le donne africane hanno difficoltà a percepire la gravidanza come una cosa che va monitorata continuamente!

Secondo lei le sue utenti, come raggiungono il suo ambulatorio, come vengono a conoscenza di esso?

Io questo lo chiedo, questo data base è dal 2010 al 2015: distinguo se vengono direttamente dal pronto soccorso, dal privato sociale, se da un altro ambulatorio, dell' ospedale, da ambulatori di altri ospedali, se gli ho dato io appuntamento, se è un utente mio inveterato, se è l'esito di un ricovero ospedaliero, se arriva grazie al "tam-tam", cioè se lo passano tra di loro o se sono accompagnati da mediatori!

Quindi vedo che vi è circa il 1 % dei suoi utenti e poi tante provengono dal privato sociale...

Questo è perché io ora sto da alcuni anni ed ho capito che sarebbe importante lavorare con organizzazioni, cioè dare il supporto sanitario a quello che già fa il privato sociale, perché così la persona viene presa in carico completamente! E' vero che il privato sociale poi, insomma, tende a come dire, ad autonomizzarsi e ad avere come dire tutto, tutti gli aspetti! Però, insomma, per quanto mi riguarda io mantengo aperto questo canale preferenziale!

Reti sul territorio

Per quanto riguarda le reti di collaborazione sul territorio, vi sono enti organizzazioni sia in ambito sanitario che sociale con cui collabora più frequentemente nella sua attività?

Eh, dunque, diciamo le suore di Calcutta, che hanno normalmente un loro ambulatorio, però insomma si riferiscono a me per le situazioni più serie ... E loro di casi seri obiettivamente ne hanno, quindi è giusto che sia così! Poi la Less, con la quale avrei l'interfaccia soprattutto per la certificazione medico legale, però insomma sto andando anche oltre, non mi sto fermando a questo ... Anche loro hanno un medico ora attualmente per loro! Poi c'è la Dedalus, che pure fa riferimento a me per la gran parte delle situazioni sanitarie. Ora ci sono tutte queste organizzazioni che accolgono immigrati qui a Napoli quindi in prima istanza anche perché con la Prefettura insomma io cerco di fare lo screening per la tubercolosi e poi ora ho accordi con l'Università per fare i virus HCV e HIV.

Si tratta di collaborazioni formalizzate, ad esempio attraverso protocolli di intesa, convenzioni?

No loro fanno ricerca e io sfrutto!

Con l'Università?

Sì.

Invece con gli altri enti con cui collaborate più di frequente?

No, no, solo con la LESS c'è un accordo preciso perché la certificazione medico legale va in mano un giudice, per cui si è ritenuto opportuno farlo.

Vi sono altre organizzazioni oltre quelle che mi ha indicato con cui collabora anche meno frequentemente?

Sì ... qualche volta la Caritas, anche se è tendenzialmente autonoma e poi tutte queste organizzazioni di accoglienza di rifugiati che sono parecchie, una decina!

Con quale frequenza questi enti, organizzazioni del privato sociale si rivolgono a questo ambulatorio?

No va beh, io per fortuna ho uno strumento che mi consente di vedere anche questo: allora sono 1.882 su 6.100 visite quest'anno!

Per il 2016?

Del 2016, fino ad ora! Finora sono 6.100 visite e 1.882 sono stati inviati da centri di accoglienza.

Quali sono invece i servizi in ambito sanitario con cui collabora più di frequente?

Allora, ad esempio con la dottoressa Papa abbiamo una magnifica collaborazione! Tant'è che faceva venire qui un' infermiera, un' ostetrica proprio per fare già qui

la presa in carico senza ... e quindi questo è un esempio! Ma io lavoro qui, sullo stesso piano con la dottoressa Forgione, che è la dermatologa e qui appunto noi realizziamo un'assistenza e un'attenzione a dei soggetti, a degli aspetti dermatologici nettamente superiore, perché c'è la prossimità, c'è l'interazione! Nel Progetto Equità, in effetti, questo ambulatorio andrebbe potenziato con altre quattro, cinque specialità in maniera da rendere fruibile tutto in un luogo solo! Per me questo non è solo un progetto per il soggetto immigrato privo di permesso di soggiorno, ma dovrebbe essere il modello dell'assistenza sanitaria di base!

Per le cure primarie?

Per tutti quanti noi!

Ciò potrebbe essere particolarmente vero con l'aumento della povertà?

Certo! Ma indipendentemente! E' una questione di logica di funzionamento! Perché quando si crea un'organizzazione .. C'è il mio vecchio Direttore Sanitario che diceva che tutti gli ospedali sono ottimi, perfetti finché non centra un malato! Perché quando entra il malato crea il disordine nell'organizzazione! Perché l'organizzazione dovrebbe essere costruita sul bisogno dell'utente, mentre generalmente viene costruita su una serie di elementi, che non sto poi ad analizzare, e fra questi ce ne sono tanti che sono sicuramente giusti, come la sicurezza delle strutture, i percorsi idonei e così via, ma ce ne sono tanti altri che insomma, non lo sono assolutamente giusti!

A suo parere sul territorio c'è integrazione tra gli ambiti, gli enti le organizzazioni i servizi del sociale e del sanitario?

Io direi che a pelle c'è! Come molte cose nella nostra cultura meridionale a pelle c'è integrazione perché gli immigrati lo dicono chiaramente, si sentono parte di una comunità di un sistema! Tant'è vero che quelli che vengono dal nord, appunto dicono che vengono qua perché qua hanno, è dichiarato Sì sì, questo è dichiarato cioè si viene a Napoli perché a Napoli c'è un sistema di valori molto più vicino ai loro valori tradizionali e c'è una possibilità di sopravvivenza maggiore che al nord. Questo è proprio dichiarato chiaramente da tutti i punti di vista! Per l'alloggio, perché il cibo costa di meno, piove di meno, fa meno freddo e questo per i senza dimora ... Guardi che fra i senza fissa dimora ce n'è uno che mi ha detto chiaramente che vivere a Napoli è meglio!

Si se poi invece dobbiamo andare appunto a dire "Beh tu per il permesso di soggiorno sei stato trattato in maniera uguale nel ritiro..." E così e via, o nella nell'interfaccia ... Ecco diciamo che nell'interfaccia con gli uffici io direi che lì poi emergono delle situazioni discriminanti!

In che senso situazioni discriminanti?

Le posso dire, l'esempio più semplice è questo... Questo è un ambulatorio STP, quindi è destinato esclusivamente a chi non ha il permesso di soggiorno. Ma qui arrivano tutti quelli che hanno un colore di pelle differente! Non ci si informa "Ma tu hai il permesso di soggiorno? Hai un tuo medico di base? Riesci a parlare l'italiano?" No!

Certo il Progetto Equità intendeva lavorare anche su questi aspetti?

Sì, perciò le ripeto i tavoli tecnici!

A suo parere come si potrebbe migliorare l' integrazione fra enti servizi organizzazioni del sociale e del sanitario?

Questo andrebbe fatto con una formazione degli operatori di front-office di tutte le rappresentanze pubbliche sul territorio! Ed è una cosa banale! Banale! Perché poi, dopo, si dice anche noi abbiamo un operatore che in un certo posto l' operatore che non funziona, non è in grado e così via! Ma esistono, vi sono migliaia di modi per dare informazioni, non necessariamente l' operatore! Basta il dépliant, basta l' accesso, il passaparola attraverso associazioni, basta anche perché io lo vedo, cioè ci sono associazioni che ospitano immigrati che sono in grado di indirizzare e curare l'inserimento del rifugiato molto di più di tante altre! Quindi è evidente che è una questione di governance, di volontà politica di fare questo!

Relazione medico paziente

In riferimento invece alla relazione medico - paziente, ha avuto modo di riscontrare delle particolari problematiche con le pazienti stranieri, ad esempio per differenze culturali?

Io mi rendo conto che sono una figura sciamanica per alcuni di loro, perché facendo la ricostruzione anagrafica, poi passando alla visita o addirittura alla terapia ... Perché per me è fondamentale, io non lo trovo umiliante per me fare siringhe, perché l' iniezione è un atto che noi diciamo "infermieristico", ma in realtà è un atto terapeutico! E per molti, nella loro visione della vita, della componente relazionale della malattia questo è fondamentale! Io ricordo che i primi pazienti che vivevano da me andavano a prendere il farmaco in farmacia, poi mi portavano il farmaco, perché io dovevo toccare il farmaco! Perché se non ero io a toccarlo e darlo, era commercio! Io prescrivevo il farmaco loro andavano in farmacia e poi lo portavano a me!

Qual era la provenienza di questi pazienti?

Essenzialmente sono africani e asiatici, ci sono quelli che hanno più ... che hanno un diverso approccio.

In riferimento alle relazioni con le pazienti straniere ha riscontrato qualche difficoltà?

Ma guardi ad esempio c'è il concetto del pudore, che sicuramente ci differenzia! Cioè questo è una cosa sulla quale che io insomma ... Oppure per dire il Ramadan è un altro problema! Nel senso che ci sono pazienti che sono seriamente malati, che devono prendere quindi più somministrazioni di farmaci durante la giornata e che non vorrebbero prenderle perché c'è il Ramadan! E quindi lì nasce una contrattazione sulla quale io non sono assolutamente violento, nel senso cerco di aggiustare quanto più possibile con meno somministrazioni serali e così via! Però dinanzi a certe situazioni, io poi faccio la classica domanda "Secondo te Dio ti vuole bene? Ti vuole bene Dio?" Loro dicono "Sì" E io dico "Beh se ti vuole bene, vuole il tuo bene! Pensaci e fammi sapere!" Ed in questa maniera supero il 50% di successo sul Ramadan! E non è ripeto non è il burkini, e così via ... E' una questione proprio ... Quando c'è bisogno della medicina che deve essere somministrata durante la giornata e dinanzi al veto serrato, io dico "Pensa un poco a questo"

Ha invece mai riscontrato problematiche in riferimento alle mutilazioni genitali femminili?

Le Mutilazioni Genitali Femminili, rappresentano un mio campo di studio personale, per cui no, non c'è rete qui al sud, non c'è rete! Io sono un internista ed ho una casistica di 186 mutilazioni genitali. Quando dico casistica vuol dire che le ho visitate!

Queste donne da dove provengono in prevalenza?

Essenzialmente dalla Nigeria, essenzialmente Nigeria! Però per un motivo molto semplice perché noi siamo portati sempre a pensare al mondo dell' Africa Occidentale Etiopia Somalia che hanno le mutilazioni serie, ma nella realtà dato che la Nigeria è la nazione più popolosa dell' Africa con 160 milioni di abitanti su 500 dell'intera Africa è naturale che la maggior parte delle mutilazioni si riscontrino nelle donne nigeriane!

Vi sono problematiche anche per il parto?

No per le nigeriane no! Ci possono essere essenzialmente nelle etiopi, nelle somale che sono quelle che però vivono le mutilazioni in maniera molto riservata. Quindi non sono portate a esplicitarlo anche perché lì la mutilazione qualche volta è difesa dalla violenza carnale! Non so se lei lo sa questo ... La Somalia è un paese che è in guerra civile da oltre venti anni, per cui il chiuderle significa proteggersi dalla violenza carnale e quindi è richiesta! Quindi è richiesta sono loro stesse donne che chiedono di avere la mutilazione nel loro paese! In teoria è vietata in tutti gli stati del mondo ormai non ci sono però non è che si va a dire facciamo le mutilazioni non le facciamo!

Mediazione culturale

Invece in riferimento mediazione interculturale voi fate riferimento a mediatori professionali? Ad esempio prima della sua sospensione, facevate riferimento al servizio Yalla o c'è una mediatrice che è qui ed è anche al consultorio del Distretto 31?

M., infatti! Con Yalla non abbiamo avuto tanti rapporti ma non per altro perché Yalla è un progetto regionale, mentre noi come Asl avevamo già un nostro servizio di mediazione con la cooperativa il Sol.co, che fornisce praticamente in tutti gli ambulatori, ma non in questo! Fornisce una mediatrice o un mediatore.

Come mai non fa ricorso a mediatori professionali in questo ambulatorio?

Perché tendo a coprire insomma inglese, francese, portoghese e senegalese, Wolof. Quindi non c'è bisogno. La mediatrice della cooperativa il Sol.co c'è, perché qui a fianco c'è l'ambulatorio STP del Distretto 31, che io appunto dò in prestito il lunedì, il mercoledì e il venerdì, ma non in questo. Lei affianca il collega che lavora qua, coprendo competenze essenzialmente dell'Est Europa e inglese. Però io ho ottimi rapporti con i mediatori!

A suo parere in ogni caso, la mediazione culturale è utile?

Allora diciamo che la mediazione linguistica è indispensabile, quindi sono d'accordo nel momento in cui non c'è una capacità comunicativa! La mediazione culturale è una chimera, perché è troppo difficile avere ... a meno che non sia proprio della stessa etnia, dello stesso villaggio, è difficile! Infatti io ho coniato il termine “mediazione fiduciale”, che è una mediazione che a me succede spesso, nel senso che quando c'è un soggetto che pensa di non poter comunicare con me e chiaramente avviene per le lingue arabe, oppure lingue dell'Est Europa e così via, loro si fanno accompagnare da soggetti precisi. E lì funziona tutto ... Perché non è detto che poi tu debba essere la stessa città, della stessa nazione ... non è detto debba essere la stessa nazione! Qualche volta si fanno accompagnare addirittura da napoletani perché non sanno se il medico è in grado di entrare nella tua problematica!

Comunque sono loro stessi a scegliere chi debba fare mediazione...

Certo!

Dunque la sospensione del Progetto Yalla non ha influito sulla sua attività?

Fra le altre cose gli operatori che afferiscono a Yalla mi chiamano e ci sono ad esempio le quelle che lavorano sulla tratta, che mi chiamano e mi chiedono appuntamenti, che io dò quando non ho ambulatorio perché in quel caso secondo me la presa in carico è fondamentale, va agevolata quanto più possibile. Per cui loro mi chiamano io do loro appuntamento senza attesa, le ragazze si trovano si sentono “coccolate” ... Essenzialmente la Dedalus..

Pregiudizi e stereotipi

Le è mai capitato di venire a conoscenza di episodi di pregiudizio, di stereotipi in ambito sanitario?

Sì, sì, ci sono sicuramente! Che sono detti senza alcun dubbio! A parte il fatto che ho i feriti da trauma per cattiveria umana proprio ...

Feriti in senso psicologico?

No, no, feriti veri, materiali! Qua lei ha sentito la stesa che ora c'è il fatto che sparano! No ora sta uscendo questo fatto della stesa, cioè gruppi di ragazzi in moto sparano contro i balconi di napoletani nei quartieri periferici e viene chiamata "la stesa" ed è il segno del comando sul territorio di alcuni gruppi, chiaramente legati alla camorra. Ma io questo lo vedo da anni su gli immigrati! Cioè, immigrati che camminano per strada e improvvisamente vengono, passano i motorini e li accoltellano o gli sparano!

Questo è in aumento negli ultimi anni secondo lei?

Eh beh non so se è in aumento, perché devo dire che in questo momento non sto vedendo questi proprio da colpi da arma da fuoco! Cioè "la stesa", che ora viene alla cronaca nostra perché si spara contro i balconi dei napoletani, ma questa era in atto qua da molti anni! Comunque, io ospiterò e questa è un'altra cosa interessante, ospiterò qui una indagine dell'Università sulla violenza percepita dagli immigrati qui in Italia, mi hanno chiesto se possono effettuare qua le interviste, hanno fatto un accordo con la mia Direzione e tutto e quindi già è partita in via sperimentale dai primi di agosto e da settembre prenderà piede. Quello che per me è interessantissimo è una cosa che ci tengo molto a seguire!

Tagli al welfare

Riguardo invece ai tagli all'ambito sanitario, hanno influito anche su questo servizio e se sì in che senso?

Finora no sto riuscendo a tenere! Non si vede ancora! Non si vede ancora perché in definitiva i fondi sono del Ministero dell'Interno ... Dato che noi siamo sempre in ritardo sulle rendicontazioni, sui pagamenti, diciamo ora si tratta di 2011, 2012 quindi non si è ancora notato!

Opinioni su normative ed immigrazione

In riferimento invece alla normativa su immigrazione e salute, secondo lei la normativa attuale è sufficiente a tutelare la salute delle donne immigrate?

La nostra normativa è la migliore in Europa dopo il Portogallo! Io quindi da questo punto di vista sono pienamente d'accordo. Il problema è farla funzionare! Applicarla per esempio l'Accordo Stato Regioni del 2012 è fermo

In occasione del Convegno Equità del settembre 2015 lei diceva che l' Accordo è attuato, ma a macchia di leopardo?

Esatto! E' fermo per tante cose e ci stanno anche immigrazioni inter-regionali per questo! Perché chi non trova assistenza in una regione, dice va beh vengo mi vado a far curare là! Ho un diabetico che vive a Milano, me lo dice chiaramente ma che viene qua a prendersi l'insulina! Sì la ricetta dell' insulina!

Come mai?

Perché a Milano c'è una restrizione nelle politiche STP pazzesca! In Lombardia! Quindi lui è diabetico e quindi si organizza e quando può avere quei giorni fa le analisi ... Però questo è un fenomeno degli ultimi tre quattro anni questa migrazione diciamo sanitaria!

Secondo lei gli immigrati sono utili alla crescita della società

Certo!

E' giusto secondo lei che mantengano, preservino le loro tradizioni culturali o religiose qui in Italia?

Mah, nel momento in cui rispettano anche quelle locali, lì è il vero scambio!

Pensa che le persone debbano vivere e lavorare dove preferiscono le persone?

L' uomo deve realizzarsi, deve fare ciò che è in grado di fare al meglio!

Nella sua esperienza lavorativa quali sono gli aspetti positivi e quali quelli negativi nel lavoro che svolge con le donne immigrate?

Il mio lavoro? Allora, direi che gli aspetti positivi sono sicuramente di riuscire a entrare in relazione con qualcuno, perché appunto il mio obiettivo è dare un accesso a bassa soglia. Parlare con tutti, valutare qualsiasi problema, anche se poi dopo dico "No guarda è una sciocchezza!" Quindi questo è sicuramente il positivo! L'aspetto negativo è che è esattamente, diciamo l'altra faccia della medaglia no? Perché ci sono tante persone e tante donne che hanno bisogno di una relazione più articolata, più delicata in termini di tempo e io non riesco a farlo... perché non ci riesco! Perché a un certo punto devo fare una scelta economica sul tempo!

Per concludere cosa significa per lei "lavorare in punta di piedi" che è una espressione che ha utilizzato nel corso del suo intervento in occasione del Convegno Equità organizzato dalla Regione Campania lo scorso anno?

Questo lo dicevo al Convegno! Se si fa clamore sulle cose si alza un polverone, sul quale tutti devono dire qualche cosa! Ed è pericoloso! E' pericoloso! Mentre fare le cose in silenzio, piano, piano, smuove ... e senza parlare! Perché, io nel mio ambito professionale se fai il professore, sei visto con sospetto! Se fai le cose,

gli altri cercano di imitarti, perché capiscono che forse quella è la strada! Lo devono capire loro come superare l'orgoglio!

INTERVISTE A IMMIGRATE

INTERVISTA A L.¹⁴
(UCRAINA, NAPOLI, 2016)

L. laureata in ingegneria lascia l'Ucraina nel 2000 per venire a Napoli, dove, racconta, vi era un conoscente, lasciando il suo lavoro e la sua bambina di cinque anni che sarà affidata a sua madre e la raggiungerà, per ricongiungimento familiare, due anni dopo. Dalla sua intervista emerge la contraddizione fra la sua precedente condizione occupazionale e l'attività lavorativa che la donna è costretta a svolgere in Italia, con un titolo di studio elevato ed inoltre si evince la delusione rispetto alle aspettative iniziali legate alle difficoltà di realizzare un progetto migratorio che inizialmente era di breve durata. Dalle sue parole inoltre emerge il dolore e la sofferenza per la separazione dalla figlia. Non ha invece particolari difficoltà ad orientarsi fra i servizi sanitari in Italia, o nella relazione con medici ed operatori sanitari. Inizialmente per la sua condizione di irregolarità, era in possesso di una tessera STP e si rivolgeva sia per lei che per sua figlia all'ambulatorio per stranieri presente all'ospedale Ascalesi. L. in ogni caso racconta come la presenza stessa della sua bambina, giunta in Italia all'età di sette anni, abbia rappresentato per lei una forte spinta a rivolgersi ai servizi sul territorio e a superare le difficoltà iniziali, per ricorrere al pediatra o ad altri medici in caso di necessità, rappresentando così, una importante spinta ad integrarsi nel contesto territoriale napoletano. L. inoltre racconta come, nell'ambito di un'associazione di cui fa parte, costituita da persone provenienti dall'ex Unione Sovietica e denominata "Insieme per il futuro" si è trovata a svolgere attività di mediazione informale per connazionali in difficoltà, anche in ambito medico. Emerge inoltre l'importanza ed il ricorso a medicine non convenzionali, tradizionali diffuse in Ucraina. I progetti per il futuro della donna sono al momento sospesi, legati alle necessità della figlia che cresciuta in Italia, adesso frequenta l'università.

Informazioni personali e percorso migratorio

Da quanto tempo è in Italia, si ricorda più o meno la data?

Prima di Natale sedici anni fa.

Sedici anni fa lei è arrivata in Italia, quindi nel...?

¹⁴ In questa intervista sono inserite solo alcune delle interviste alle immigrate fra le più significative.

Nel 2000.

Ed è arrivata direttamente a Napoli?

Sì, perché ogni persona qualche amicizia o qualcuno. Avevo amica che è venuta prima e allora logicamente uno ... Non lo so forse arrivano questi che non conoscono nessuno, non c'è nessuno, ancora più esperienze però diciamo io avevo un'amica, ma persone che stanno lavorando nessuno non ti dà e allora tu per forza devi...

Come mai ha deciso di venire in Italia?

Perché stava qua un'amica ... Ah si viene sempre per migliorare la vita. Tutti pensano che vanno qua per tre, quattro mesi e poi se ne vanno, guadagnano un po' di soldini e poi se ne vanno! Invece non è così, non è facile ... la vita è più divertente, fra virgolette logicamente! Più difficile!

Lei ha figli?

Sì. Una Femminuccia

Aveva già sua figlia quando è partita?

Sì.

Quanti anni aveva quando l'ha lasciata?

Cinque anni.

Immagino sia stata dura lasciarla?

No.. E' logico perché ogni primi due giorni ogni due ore pensavo che deve partire, perché non ce la facevo a stare senza pensieri e poi non conosci niente non ti dà soddisfazione niente! I tuoi compaesani, persone ... niente!

La bimba è rimasta con familiari in Ucraina?

Sì, sì.

Con la sua mamma?

Sì, sì. E va beh uno nella vita è costretto a fare qualche scelta forse sbagliata anche! Forse c'è questo destino!

Lei è partita per aiutare anche sua figlia?

Sì, sì, ma ogni persona pensa che qui ci sono soldi più facile... Invece è molto fatica! No perché è facile, perché qui pagano di più, tu sei uno qualificato, hai lavorato in ufficio non è che uno fa scelta perché deve scegliere ... Senza umiliare persone che hanno... lavoratori semplici, ma se tu stai lavorando in una certa posizione lavorativa non è facile scendere a servizi!

A servizi?

Sì certo, sì, sì.

Lei che lavoro faceva in Ucraina?

Io sono ingegnere, ingegnere lavoravo in ufficio con tutte lauree con tutte attrezzature perché se non ti pagano...

Quale lavoro fa attualmente?

Come tutti!

Badante?

Sì come tutti quanti! “Servizio sociale”, diciamo! Per necessità si fa eh ...Allora tutti...

Quindi per lei all'inizio è stato difficile?

Non difficile, se uno già attraversa metà di di mondo e sa che c'è cambiamento! Se capace, se ce la fai! Logicamente ... c'è da macchina che fa il caffè macinato!

Immagino che con una laurea in ingegneria, non è stato facile accettare la condizione lavorativa in Italia?

Sì, e poi tu non puoi fare niente! Puoi far conoscere laurea, puoi far conoscere qualcosa! Sì, ci sono queste persone capaci! Però se tu hai altri impegni, per esempio, se tu hai tue responsabilità per i bambini, per altre cose tu non puoi aspettare, non lo puoi fare. Va beh ci sono persone che vengono qua, organizzano le famiglie nuove, fanno però progetti sempre molto relativi!

E' arrivata nel 2000 e poi la sua bambina l'ha raggiunta qui o dopo qualche anno?

Tra due anni.

Dopo due anni?

Dopo due anni sì.

Ha richiesto per sua figlia il ricongiungimento familiare?

Sì.

Regolare?

Sì.

Quindi all'inizio lei lavorava notte e giorno poi ha preso casa per far venire sua figlia qui in Italia?

Sì, sì. Tutto! Non è tutto così liscio e sorridente perché esisteva il periodo quando uno non è in regola oppure...

Rapporto con i servizi sanitari del territorio:

Inizialmente pensava alla sua salute?

Eh no, grazie a Dio tutti siamo pieni di salute! E come dicono tocchiamo ferro, ecco è tutto a posto è tutto a posto e poi quando uno non pensa di...

Poi ha richiesto la tessera sanitaria?

Sì i permessi.

Adesso lei ha iscrizione al servizio sanitario nazionale?

Certo!

Quando sua figlia è arrivata, dopo due anni che era in Italia aveva sette ed ha richiesto per lei anche il pediatra di famiglia?

Sì, sì. Va beh pediatra già... La bambina ora è cresciuta, ormai è grande!

Lei all'inizio quando è arrivata non era in regola?

No, no. Perché, poi, voglio dire il servizio sanitario qua con STP con tutte queste cose

Ha fatto stp in passato?

E come! All'inizio era STP!

Lei ha trovato difficoltà ad orientarsi fra i servizi a capire?

No sempre dipende da persona! Se tu fai per te non sai niente se tu fai per bambino allora vai a chiedere anche

Il pediatra?

Sì è logico! Buoni e cattivi ce n'è per tutto il mondo ed è normale no, però maggior parte tutti persone che va bene!

Ha avuto difficoltà a orientarsi fra i servizi sanitari qui in Italia?

No, no la maggior parte no.

Per avere informazioni sui servizi sanitari sul territorio lei a chi si è rivolta (ad amiche, conoscenti, al sindacato, al medico di base, attraverso internet)?

No, internet non uso internet. Faccia a faccia, vai chiedi poi non lo so! Penso che le mamme fanno tutto per salvare sue figlie! Questo ti spinge a comunicare, anche se parli in modo ... con verbi “andare” “passare” “venire”! Con vocabolario! Per proteggere! E’ normale che giusto per proteggere i figli! Poi con le persone che uno dice una parola e così! No a me è stato facile!

Ha mai fatto, invece, controlli ginecologici o per la sua salute femminile in Italia?

Ginecologa la maggior parte, privato!

Come mai?

È privato perché per andare a servizio pubblico ti guardano ...

In che senso?

No va beh, è logico che tu puoi fare tranquillamente, c'è il servizio puoi fare pap-test puoi fare mammografie questo è fuori discorso! Però se tu vuoi fare ... Va beh per tutti quanti vale no? Per fare più veloce, per non aspettare due tre mesi per la prenotazione! Per tempo è normale tu vai fai queste cose tu!

E' mai stata a un consultorio ginecologico per controlli?

Sì, e come! Sì è normale. Menomale c'è tutto il servizio completo ti fanno!

Come si è trovata?

Sì sì, bene. No no, va beh comunque, se ci sono progetti a Napoli, che conosco Napoli ci sono progetti che ti scrivono con lettere a tua altezza che c'è pap-test, c'è periodo che fanno mammografie gratis o ti fanno consultorio per senologo. Non ci sono problemi!

Invece nella relazione con medici, operatori sanitari ha mai avuto difficoltà, non so per quatuoni linguistiche o per altro?

Vede io non voglio dire che tutte cose rosa è rosa Perché se parlo dico rosa è rosa. O perché noi siamo più resistenti per le cose non lo so però... Si forse non lo so! Per esempio se ti dicono qua che tu devi andare a fare gastroscopia, per dire gastroscopia, dici, “Che devo fare gastroscopia allora venite, facciamo gastroscopia!” Allora dici “Che cos' è questa gastroscopia?” Allora gastroscopia nel senso non perché non lo sai che cos' è, ma dici “Come si fa?” “E devi aspettare tre mesi!” “E come si fa a fare veloce?” “Eh veloce, pagate 100 Euro! Facciamo subito!”. Eh, e fa veloce! “Siete più disposti a fare adesso?” “Sì”. “Allora siete pronti?” Sì. E vai! E’ questo il rapporto se c'è l'hai c'è l'hai, se non c'è l'hai arrivederci e grazie! Logicamente ci sono anche questi che sbagliano! Se uno ti prescrive una cosa poi!

Quindi è molto importante anche per questo imparare la lingua

Eh va beh e poi, tutto è diverso!

Lei ha un medico di base. In casi di necessità lei si rivolge al suo medico di base?

Sì. Però secondo me, così il mondo va avanti! Se hai conoscenza, se vai con chiamata, forse per rispetto a persone che hanno chiamato, forse... Se non hai necessità di andare è meglio non andare non chiamare! Non chiamare io dico non conosco nessuno non voglio, non voglio sapere niente!

Ha mai notato atteggiamenti di intolleranza, pregiudizi o episodi di discriminazione o nei tuoi confronti da parte di medici o del personale sanitario in occasione di visite mediche o prenotazioni perché sei straniera?

Grosso modo posso dire di no. Sì è capitato anche perché, forse uno ti guarda come per dire “Eh e che fai qua? Ma aggressivo no! Anzi a me è capitato che tutti mi cercano vedono se tu parli male, nel senso che non riesci a parlare, spiegare bene e ora secondo me parlo un po' meglio no? È quando tu non parli, loro ti guardano la bocca dice “Cosa vuoi dire?” ...No, penso che è il grosso modo no! Non voglio fare complimenti a nessuno. Però voglio dire che cose cattive, dici “Va beh e questa è così!” E' inutile prendere Sì qualche volta ti viene il dispiacere esaurimento ... Esempio un semplice esempio, che una volta siamo mia figlia ha avuto qualche questi puntini sul corpo. Puntini sul corpo, allora non siamo ignoranti, abbiamo studiato, sappiamo le cose abbiamo i libri e dico guarda che cos'è? Vado da un pediatra e il pediatra dice che no questa è allergia state tranquilla! Praticamente ha rifiutato il pediatra! Meno male che c'è STP, che il dottore sanno tutto!

Per STP lei dove andava?

All' Ascalesi.

Dal dottor Gualdieri?

Sì sì, e poi c'è ... va beh il dottore che vengono

C'è anche M., la mediatrice russa nell'ambulatorio lì vicino!

Sì Marja sta sempre, sì! Allora poi era il dottore o il medico che “Signora mi dica una cosa... se facciamo riferimento ai miei figli e questa è varicella!” “Sicuro?” Ha fatto colloquio ed ha detto “questa è varicella!” Siamo fortunati che troviamo il medico che può dire la verità!

Ha mai fatto una visita una mediatore una mediatrice culturale?

No.

Secondo lei è utile la figura della mediatrice culturale nei servizi sanitari?

Sì, perché io tante volte ho fatto queste cose!

Lei ha fatto proprio la mediatrice, per lavoro?

Sì. Si va beh faccio volontariato! No abbiamo associazione.

Come si chiama questa associazione?

“Il nostro futuro” si chiama.

“Il nostro futuro”, è un’associazione ucraina?

Non solo, dei nostri, tutti donne uomini, è multietnica russa, non è ucraina si allora è facile che io conosco medici.

Lei è da molto tempo in quest’associazione?

Quattro anni.

Quali sono le attività della vostra associazione?

Sì, sì, per i nostri, orientamento, incontri culturali, di poesia, di qualcosa di musica. Sì, poi, abbiamo collegamento con altre nostre associazioni!

Ma sono tante a Napoli le associazioni ucraine?

Sì. Ucraine, russe, miste! Noi cerchiamo di non dividere, non siamo divise come fanno altri. Io non sento proprio questa divisione perché sono, no non sento proprio io personalmente sono russa e cittadina ucraina! Va beh, poi persone possono reagire diversamente ad esempio “Guarda tu hai diverso colore di capelli, rossi o ammiri neri!”

Si fa anche orientamento per i servizi sanitari in questa associazione?

Sì, sì, per capire perché, capita! Ad esempio a me, mi ricordo, che ad esempio c’era una mamma che aveva partorito, suo marito ... non è proprio sposato, ucraino, però ... Ora non puoi uscire da ospedale dopo parto se non hai registrato il bambino al Comune. Allora non sapevamo. Questo punto non funziona bene ecco! I bambini, neonati quando escono dall’ospedale deve essere automaticamente mandata la richiesta in Comune e il bambino deve uscire prima di uscire! E invece quando la mamma deve uscire con bambino il giorno di uscita tutti ... No c’è qualche sistema che non funziona non ho capito bene! Comunque padre di bambino che è venuto a prendere moglie, stato con capelli alzati! Dire che cosa devi fare! Loro non è sposati e lui non ha diritto. Immagina che dopo parto dopo tre, quattro giorni ha in ospedale rovinata psicologicamente, non può lasciare il bambino a due metri di distanza! E’ normale no? Tutte le mamme mezze pazze! Sappiano bene! E allora lui mi ha chiamato, perché ci conoscevamo perché prima di tutte queste cose l’abbiamo seguita in gravidanza e tutto il resto! E allora mi chiede no che devo fare? Senti mo’ esco dal lavoro! Arrivo in ospedale. Menomale che tengo i documenti sempre con me carta d’identità codice fiscale! Così ho fotocopia o qualcosa del genere! Sono dovuta andare in ospedale,

lì ho preso responsabilità per bambino rimasto lì, e sono andata in Comune con lei, con mia presenza, ed io ho fatto testimone che prendo responsabilità che è vero che è mamma!

Quando questa donna doveva uscire è andata con lei al Comune per dichiarare il bambino?

Quando deve uscire sì, è così, non lo so qual è il sistema! C'è questo sistema io non l'ho capito, menomale, siamo andati lì ci siamo registrati hanno scritto tutti i miei dati, ho firmato, sono io, è così e poi siamo andati in ospedale, con taxi e potevano uscire dall'ospedale! No, si va beh questa è una cosa proprio...! Sì perché sono venuti anche altri per questo!

Invece in base alla sua esperienza le è mai capitato che vi sono stati problemi anche per bambini nati in Italia per avere il pediatra, per avere il codice fiscale?

Eh, questo è problema! Sì, poi i pediatri cercano di trovare genitori più ricchi!

Ma i pediatri STP come sono secondo la sua esperienza?

Bravi. Bravi nel senso che persone al posto loro fanno questo che possono fare! Fanno vaccinazioni guardano, peso... Guardano così e poi logicamente tu non hai medico di base!

Però la vostra associazione orienta e aiuta anche per questo?

Sì.

Valutazione del sistema sanitario italiano

Può dare una valutazione del Sistema Sanitario Italiano, secondo lei potrebbe essere migliorato?

Migliorato, è sempre c'è da migliorare! Questo senza dubbio!

Ok, e secondo lei la salute delle donne straniere è tutelata qui in Italia?

Sì c'è sempre da migliorare! No sai perché a questo punto Perché secondo me noi donne siamo sempre trascurate! Sempre! Non faccio differenza! Per trovare qualsiasi medico per noi donne proprio! Per esempio un buon ginecologo uomo sì bravo! Bravissimo! Ma ad un certo momento ti cosa lui può capire? Cosa lui può capire? Si può pensare che lui capisce! Se tu vai, ti visita, no non fa niente facciamo così senza anestesia! Tu che cosa fai no? Ma una persona che può capire? Io so che bambini molto capricciosi, tu non hai figli tu con tutto l'animo puoi dire che sì io capisco no non puoi capire non puoi capire! Sì con tutto amore che vuoi provare per esempio con questi gatti, dici "Come amo gatti come amo cani! E poi a un certo punto ti dà fastidio tu butti via! Ma con bambino non è così! Perciò ci sono bambini abbandonati! No assolutamente no, voglio dire ci sono vari tipi, tu ad esempio, tu vai da donne... a parte che una donna può non avere

figli ed è ginecologa tutta la vita, forse al profondo odia pure donne che hanno figli! Ci sono anche queste sì!

Conosci le leggi italiane sulla salute e l'immigrazione?

No mi sembra che io conosco! In realtà no, non ho letto mai qualcosa del genere. So che ogni persona ha diritto di avere servizi ma precisamente punto a punto mai letto!

Approccio medico

In Ucraina si fa riferimento anche a medicine non convenzionali?

Eh sì lo usiamo sempre! Sempre tutti noi!

Le è capitato di far ricorso a questi rimedi anche in Italia?

Sì, sì, come! Ricette di nonna! Anche per il raffreddore per i bambini. Si si un'applicazione al posto di andare dal medico, c'è una bella applicazione se ad esempio ha un po' di bronchite un po' di tosse metti un giallo di uovo, un cucchiaino di miele, poi metti un cucchiaino di cognac, poi metti sai questa farina di mostarda. Questa polvere! Mostarda, nei nostri negozi si vende! Sì proprio mostarda polvere e diventa sai questa applicazione come... No perché io sono proprio contro, contro medicine!

[L. in ogni caso, mostra attenzione e titubanza a dire a dire ciò dinanzi al registratore, infatti interrompo la registrazione in riferimento a questo tema, poiché mi fa capire che preferisce che questi aspetti non siano registrati]

Condizioni in Italia

Conoscenza della lingua italiana

Quando è partita lei conosceva la lingua italiana o ha imparato successivamente?

No, come tutti quanti sei mesi, sette mesi già inizi a capire qualcosa. Nel senso che devi rispondere al telefono Prima... come pesce guarda e non parla! Non sai che cosa dicono, no va beh non lo sai puoi leggere la mimica di che puoi capire se non sai niente! SE stai in un cerchio chiuso ad esempio a casa!

Lei ha fatto dei corsi di lingua per imparare l'italiano?

Sì, sì, però è stato dopo, dopo!

Condizione lavorativa

Lei al momento lavora?

Sì.

Che lavoro svolge?

Sì, assistente delle persone anziane.

Lavora part - time?

No lavoro a ore, però ho fatto anche lavoro giorno e notte, ho fatto lavoro anche divisa, questi non lo so come possiamo chiamarli, necessità ...

Rete sociale e familiare sul territorio

Qui a Napoli ci sono altri familiari, oltre sua figlia?

No, siamo due.

Ha amiche?

Sì, c'è amici, amiche c'è diciamo!

Le persone che frequenta in Italia sono più sue connazionali oppure di nazionalità italian?

Forse nostri di più! Però mai fatta verifica!

Nella associazione di cui fa parte vi sono anche italiani?

No però è gente che partecipa, ci sono amici, ci sono persone che conoscono, mai fatta questa divisione tra nostri e vostri!

Quindi diciamo che poi nel tempo libero lei frequenta anche persone di altre nazionalità non con questa associazione?

Sì, sì. Più che altro russi e ucraine, Kirghizistan, non lo so tutti ... Bielorussia!

Quindi Europa dell'Est, parlate la stessa lingua?

Sì e loro parlano anche la lingua sua, noi come generazione di Unione Sovietica, e poi penso che tutti comunicano prima di esser qua chi giovane!

La sua religione è ortodossa?

Sì io sono ortodossa.

Ci sono qui chiese ortodosse?

Sì, sì, c'è quella ortodossa cattolica nel senso che i nostri, per dire no, qualcuno va a chiesa no. Ci sono non c'è ci sono le scuole serve per comunicare, no scuole per studiare, scuola di domenica, dove incontrano forse bambini a chiesa ad esempio. Sì, gente ne vanno, sì.

Lei è rimasta in contatto con familiari amici rimasti in Ucraina?

Con le tecnologiche siamo sempre in contatto! È logico come ogni persona!

Invia anche rimesse alla sua famiglia in Ucraina?

Sì, mandano tutti quanti, penso. Dipende, dipende da quale condizione, qualcuno manda soldi per nipoti, qualcuno manda soldi per figli, qualcuna non manda niente, perché tutti già sono qui! Dipende dalla situazione.

Progetti per il futuro

Riguardo invece i suoi progetti per il futuro, lei pensa di rimanere in Italia o tornare in Ucraina?

Nessuno, non so niente. Non c'è progetti!

Sua figlia è qui da tanto tempo ormai?

Lei studia, all' università, caso mai... Lei studia e penso che grosso modo tutti vogliono tornare nel paese, senza dubbio!

Da quale parte dell'Ucraina proviene? E' molto diverso qui?

No, per me città no, siamo sul Mar Nero. Però siamo diversi, siamo molto diversi, diversi in modo di vivere, di stare, tutto! Ogni mondo è paese! Vai sopra già è diverso, scendi giù già è diverso!

Per lei è stata una esperienza positiva venire qui in Italia?

Sì, va beh è logico meglio non venire! No meglio non venire, meglio che ogni, io si augura tutti quanti di fare solo bene!

INTERVISTA A V.

(UCRAINA NAPOLI, 2016)

V. ha sessant'anni ed è in Italia dal 2001. E' arrivata qui per lavorare, poiché a cuasa della crisi economica nel suo paese di origine aveva perso il lavoro. In precedenza lavorava in un ambito commerciale, in un negozio, che poi a seguito della crisi e delle privatizzazioni ha chiuso. Ha la un diploma in ambito economico, è separata e non ha mai avuto figli. E' originaria della capitale dell'Ucraina. Una volta in Italia ha sempre svolto l'attività di assistenza e cura, come "badante". Non ha mai seguito corsi di lingua italiana ed ha cambiato due datori di lavoro. V. al momento è in cerca di lavoro e vive in provincia di Napoli, a Portici, nella casa della donna che assisteva, morta da tre anni e con la quale, come si evince dalle sue parole, aveva un bellissimo rapporto. I familiari della sua ex- datrice di lavoro, che vivono a Roma, così, hanno lasciato che rimanesse nella casa dove lavorava, ma se V., non avrà trovato un'altra occupazione al momento in cui venderanno la casa, ritornerà in Ucraina. Svolge quando possibile, lavori temporanei, magari sostituendo amiche o conoscenti nei periodi in cui vanno in vacanza ed al momento, pertanto, ha molte difficoltà economiche ed è costretta a molte ristrettezze. Risparmia ciò che può per poter pagare le bollette di luce, acqua e gas non avendo una retribuzione fissa e in caso di necessità chiede denaro in prestito ad amiche per poi restituirlo. Risparmia anche sull' alimentazione. Per motivi di salute, poiché lo scorso anno ha subito una alle gambe per problemi alle vene, ha difficoltà a svolgere attività di lavoro part- time in ambito più propriamente domestico, così preferirebbe lavorare notte e giorno come badante. Dalle sue parole non si evincono considerevoli problematiche per accedere ai servizi sanitari se non di carattere economico. Sostiene inoltre, di non aver avuto mai particolari problematiche nella relazione con medici poiché lei stessa si pone nei loro confronti in maniera "tranquilla" e cortese e mai in maniera aggressiva. Racconta, poi, di trovarsi molto bene con il suo medico di base, una dottoressa alla quale si rivolge in caso di necessità. Quando era i primi tempi in Italia quando non aveva il permesso di soggiorno, faceva arrivare le medicine dall'Ucraina, approfittando del pullman che ogni domenica arrivava dal suo paese. Ha usufruito anche dei servizi che l'ASL offriva per la tutela della salute delle donne. Dalle parole di V., che contrappone la situazione italiana a quella estremamente problematica del suo paese di origine, emerge tutta la drammaticità della sua attuale condizione.

Da quanto tempo è in Italia?

Dal 2001, in dicembre mese arrivata.

Come mai ha deciso di venire in Italia?

In questo momento troppo duro per paese nostro... Eh arrivati qua!

Per aiutare la sua famiglia?

No signorina, io sono sola, diciamo così!

Lei non ha altri familiari qui in Italia o a Napoli?

No.

Quindi sapeva che qua si poteva trovare lavoro Come mai è venuta a Napoli?

Perché un'amica chiamare, anche io, perché anche io preparata ad andare Grecia, perché altra amica andata Grecia, e mandare me soldini, perché già lavorava, come credito, però ultimo momento, però venire perché, non mi ricordo quali problemi ci sono con i documenti, lavoro ancora, e dopo venuta qua.

Da quale parte dell'Ucraina proviene?

Vengo dalla capitale. Città.

Ha studiato, ha un titolo di studio?

Sì, studiato economia. In questo momento proprio tutto rotto e voglio piangere se penso proprio questo sistema nostro!

Lei lavorava in Ucraina, prima di venire in Italia?

Sì... Ma prima di venire in Italia? No, perciò me andai da là, senza lavoro, perché pochissimi soldi pagare luce, gas e altre cose, ma quando già ... proprio finita! Se io anche voglio mangiare, io mai domandare. Hai fame, ma mi vergogno a domandare!

Quindi era proprio difficile... Ma in precedenza lavorava?

Sì, in un grandissimo negozio dove roba ... come per dire, non per mangiare, gastronomia, io lavorava grandissimo negozio, come supermercato vostro, perché comunista, lavorava.

Poi dopo ha chiuso questo negozio?

Poi ha chiuso e poi comprare, privatizzati.

Ha figli?

Non c'è bimbi, sposata divorziata e quindi...

Rapporto con i servizi sanitari del territorio:

In Italia è iscritta al Servizio Sanitario Italiano? Ha la tessera sanitaria?

Sì, io ho tutti i documenti, anche permesso europeo lungo, carta di soggiorno.

Lei ha mai avuto bisogno da quando è in Italia di cure mediche?

Sì ho fatto un'operazione alle gambe, le vene varicose, anno scorso. Pesante!

E preferisce rivolgersi ad Asl o medico privato?

Di Asl. Quando sentire male, non ricordo per cosa, per colon, sono andata dal dottore privato e ho pagato 150 Euro. Perché io lavorava a Chernobyl, per questo pensava, ma grazie a Dio tutto a posto!

Quindi ha fatto gli esami?

Eh sì. Mia amica mi adesso fare chemioterapia.

Lei lavorava a Chernobyl in una impresa, in Ucraina prima di partire?

No, io sto qua da tanto tempo. Questo prima sì.

Per avere informazioni per andare da medici, lei ha chi ha chiesto informazioni chiede dove rivolgersi, a internet ad amiche, dallo sportello del Comune, dal medico?

Mia signora, prima questo lei medico. Perché ho cambiato proprio posto. Adesso io abito a Portici, da 12 anni, nella casa queste dove è adesso.

Ha lavorato sempre notte e giorno?

Sì, sempre così, perché, sono le gambe perciò fare operazione, perché non posso avanti e dietro, avanti e indietro come altre donne che fare pulizie, meglio se giorno e notte!

Per andare dai medici, chi le ha fornito le informazioni, amiche il medico di base o il suo datore di lavoro?

Mia dottoressa, sempre andare da lei! Bravissima dottoressa vuole bene a lei, carina!

E' una dottoressa di Asl?

Mi pare Asl, ma c'ha orario privato!

Per lei è facile o difficile orientarsi per i servizi sanitari che ci sono in Italia? Se serve dottore per lei è facile difficile andare?

Non capisco. Perché io con documenti anche c'è codice fiscale, e tutte queste cose c'è mia dottoressa, e se mi serve qualcosa io andare da lei.

All'inizio quando era in Italia, i primi tempi ha avuto difficoltà per andare dal dottore, per capire dove andare, per lingua?

Primi tempi ogni domenica arriva i nostri pullman e noi comprare medicina quando portare qua. Prima, diciamo come aspirina, perché per andare in farmacia serve ricetta. Dopo quando già presi i documenti già, allora andare dottoressa, dottoressa scrive ricetta e poi andare farmacia! Io sentire Napoli c'è dottore che puoi andare senza documenti.

Lei però è mai andata in passato, da un medico con tessera STP?

No ora non puoi andare là perché io con documenti.

Lei ha mai fatto controlli per salute di donna, ad esempio dal ginecologo?

Fatto mammografia, sempre fare.

All'Asl?

Però io pagare. Io no, ah mammografia mi pare no, perché due tre anni fatta!

Ed è mai andata al consultorio familiare, quello di Asl?

No, questo non conosco. No, non conosco. Come la radiografia?

Come la ecografia? Quella che si fa l'esame all'utero? Privato o consultorio?

No privato costa troppo costa. Quindi non è possibile.

Lei è andata a ospedale?

Ma io andare pagare sempre! Tutte le radiografie. Perché ASL, non è possibile. Sempre io pagare. Forse quello privato.

Come mai? Per tempo?

Otto mesi quasi un anni e devo pagare questi cinquanta euro. Non mi ricordo veramente. Quarantacinque.

I ticket. Non conveniva andare.

Cinquecento euro, seicento, questo mio stipendio. Non so io prendo pochissimo.

Ha ore libere per poter uscire, per poter fare controlli medici, o è difficile prendere permessi al lavoro?

Questi ... Perché io adesso non lavoro, perché questa signora è morta e io ancora questa casa dove lavorava, ma mia signora, signorina che è morta. Bellissima persona! Bellissima! Io volevo bene! Come sorella, come mamma, come amica! Bellissima persona, bellissima!

E' morta da poco tempo?

Poco tempo.

E lei è rimasta in casa con la sua famiglia?

Io rimasta qua, ma famiglia lavora a Roma. Quindi io ancora sta qua, ma se c'è lavoro, sentire qualcuno nostri che uscire, per vacanze io cambiare lavoro, io così. Ma io cerca lavoro per sempre, per stabilità. Ma non c'è!

Lei adesso cerca lavoro?

Sì, io guardare la casa, perché io conosco da più di dieci anni che io sto qua, perciò, la famiglia...

In casa non c'è nessun altro, non ci sono altri familiari della signora?

No, nessuno.

Invece per tronare al rapporto con sistema sanitario, ha mai avuto difficoltà, nel rapporto con i medici qui in Italia, per problemi di lingua, per incomprensioni?

Io puoi rispondere così: mia dottoressa, mi trovo molto bene, anche perché vicina a palazzo e c'è questa dottoressa dove abito, abita anche studio, e anche io andata casa lei, me chiamare. Senza problemi, perciò lei è molto brava!

E invece con altri medici, in Italia, come si trovata, o ci sono state difficoltà con dottori?

Ho capito che vuoi dire. Io rispondere così: dove andare se medico, non so dove ancora poi, sempre con me tutti gentile perché, non lo so, devo dire, io brava eh ma con me tutti bene!

Ti è mai capitato qualche episodio di pregiudizio, di discriminazione in ambito sanitario non so perché sei straniera?

Sì, mia amica, se può parlare con mia amica, ma lei è più aggressiva, che io, perciò... Io no aggressiva, lei... perciò lei mi diceva questi problemi. Io risolvere sempre stai tranquilla, lei sempre gridare, non come gridare, nervosa, noi sta qua, lavori... Io mai dire questo perché, io rispondere così, nessuno noi aspettare qua, Italia, non lo so Portogallo, Spagna... Noi arrivati perché noi volere andare a lavorare e bisogno pochissimo più tranquillo! Questo non è nostra terra diciamo, non è nostra abitudine, non è nostra lingua, bisogna un po' più tranquilli, più gentili! Io sempre ricordo mia situazione, il mio status, che io sta qua. Scusate se lei capirmi bene.

Puoi dare una valutazione del sistema sanitario italiano, secondo lei è buono, da migliorare, pessimo?

Prima più bene. Ora molte cose cambiate!

Secondo lei la sanità in Italia soddisfa anche i bisogni, le necessità delle donne non italiane?

Sì con vostri più bene, invece con noi stranieri ... tutto chiaro!

E secondo lei come potrebbe migliorare, per aiutare, per assistere meglio anche donne non italiane, con l'aiuto di mediatrici per la lingua, con borchure in lingua?

Ma non puoi cambiare carattere ... i vostri dottori, anche come guardare vostri dottori noi, non puoi cambiare.

Secondo lei la sanità in Italia è meglio o peggio, rispetto a quella in Ucraina?

In Ucraina non lo sai, quello è problema. Problemi, problemi, problemi, perché tutto cambiato! Se vuoi cambiare casa, andare altra casa e tutto bisogna cambiare ... Ogni giorno io guardare internet, anche adesso, c'è grande problema paese nostro! Prima più bene, adesso molte cose, problemi molti problemi. Problema grande! E' perché "corrupzio" signorina, troppo costa questa medicina ... pillole. Ogni giorno aggiustare piano piano. Ma questa "corrupzio" tutto mangiare!

Pensi di conoscere le leggi italiane sulla salute per gli stranieri e per le donne straniere?

No.

Approccio medico

In Ucraina si usano molto anche rimedi naturali, erbe?

Sì, ma perché questo anche costano troppo le erbe! Questo mi piace!

Anche qui costano?

Sì anche qui costano.

Lei qui riesce ad usare queste medicine più naturali di Ucraina?

Sì... Più dieta. Perché io non mangiare troppo, no troppo. Io no mangiare carne, sempre cercare verdura, per me latte pesce e così mio cibo!

Lei adesso sta cercando lavoro?

Questo problema!

Condizione in Italia

Conoscenza della lingua italiana

Come ha imparato la lingua italiana, ha seguito qualche corso, qualche scuola di lingua?

No, niente scuole!

Ha imparato da sola?

Sì.

Condizione lavorativa ed abitativa

Lei sta cercando lavoro?

No.

I familiari della signora per cui lavorava la pagano qualcosa per guardare la casa, ha uno stipendio adesso?

Niente! Ma io quando lavoro soltanto pagare luce e gas, acqua, penso che io ... Non lo so mi manca parole! *[Quasi piange nel raccontare la sua situazione]*

Quindi non danno uno stipendio. Come fa a mantenersi?

Se c'è per uno, per due mesi, se no altri donne uscire per vacanze, quando feste, così! Dopo io conservo questi soldini e pagare luce, gas, acqua. Mangio pochissimo. Eh problema grande!

Svolge qualche lavoro saltuariamente, così può pagare le bollette?

No, ma che pagare, pagare serve soldi! Non c'è stipendio. Io lasciare, conservare, quando due mesi arriva bollettino io pagare, contanti ... Per questo io non puoi conservare neanche uno euro!

Da quanto tempo è morta la signora?

Da tre anni.

Da tre anni?

Sì. Sì ma questi tre anni non sempre qua, perché io andata paese mio tre quattro mese, perché problemi paese mio, soltanto per questo! Arrivati ladri là... Ma se cerca lavoro... Mandare a cambiare la porta, mettere ... l'allarme, se qualcuno arriva, e così casa vuota, e chiusa la, e questo il problema.

I ladri in casa in Ucraina?

In Ucraina.

Torna ogni tanto in Ucraina?

Anno scorso io andata Ucraina, adesso, un anno io sta qua. Pochissimo lavoro, c'è soldini andare paese, anche andare paese mio. Andare no, perché voglio, qua

problema aggiustare bollettini perché dare chiave per persone che abita vicina, guardare se c'è problemini! Bisogno uno, due volte andare anno. Ma adesso non c'è soldi, avanti e dietro, questo è problema! Anche prima avere aereo Napoli Kiev, che adesso non c'è. Ultima volta che andata Napoli, Istanbul, Turchia e dopo Kiev, questo! Ma io andata paese mio perché problema casa, me chiamare una signora che abita vicino, problema tubo, io cambiare tubo, quattro mesi paese mio, poi tornata...

Rete sociale e familiare

Lei qui a Napoli ha amiche, parenti, altri familiari?

Nessuno.

Frequenta qualche associazione, qualche amica per uscire, frequenta anche signore della sua nazionalità?

Ma guardate, c'è un'amica che conoscere troppo tempo, adesso è malata però lavora. Poi lei lavora a Soccavo, andare là, uno anche due giorni anche torno, e dopo torna a casa. Se sente lavori chiama me notte, ospedale... Sì, perché andata a ospedale ma ha detto non c'è, chiamare, questo c'è problema. Ma va beh, non voglio piangere!

Immagino non è facile...

C'è lavoro anche 800 Euro, mezzo giorno, lavoro, alle otto mattina andare una famiglia, perché io cambiare per uno mese, mia amica ... No come amica ma come conoscere persona, amica L., mi pare V., si chiama. Lei lavora alle otto mattina, all'una e mezza già finita. Ogni settimana c'è duecento Euro, al mese ottocento! Vedete mezzo giorno, ottocento! Io vorrei un lavoro per giorno e notte, se darmi qualcuno ottocento questo bellissimo! Ma non c'è!

Quindi lavora saltuariamente, sostituisce amiche conoscenti che vanno in vacanza?

Io conservare soldi. Se non c'è, prendere mia amica, quando trova lavoro dare. Tutto bene! Io poi tornare a dormire qua. Ma lontano no, perché biglietti e metropolitana.

Quanti anni ha?

No voglio dire. Ti dispiace? Perché già troppi, perché quando dire qualcuno me non prende!

Ah capisco... e solo per l'intervista?

Sessanta.

Progetti per il futuro

Per il futuro pensa di restare in Italia o tornare in Ucraina?

Si, vorrei vivere qua. Ma serve posto dove vivere, serve soldi, stipendio, io voglio lavorare però se no trova niente, uscire paese mio... che fa! Bene, molto bene se c'è posto dove puoi vivere, ma famiglia dà permesso e quando vendere casa, ma se non trovo lavoro, comprare biglietto per uscire paese mio. Peccato perché da troppo tempo qua, anche c'è tutti i documenti puoi vivere qua, ma se non trovo lavoro... Non sta bene come tutto il mondo vedete come... Però vendere soldi, ma qua non puoi comprare... Eh va beh, altro tema!

E' in Italia da tanti anni...

Tanti anni in Italia!

INTERVISTA A L. (UCRAINA NAPOLI , 2016)

L. ha cinquantasette anni ed è in Italia da cinque anni, per aiutare economicamente la sua famiglia, i figli ed i nipoti che sono rimasti in Ucraina. Prima di arrivare a Napoli, dove vive da un anno circa, svolgendo l'attività di assistenza e cura, di badante, ha lavorato in altre località della Campania ed in particolare in costiera amalfitana. Lavora come badante, notte e giorno ed ha un po' di difficoltà a comprendere la lingua italiana ed anche alle volte anche le mie stesse domande. In riferimento al rapporto con i servizi sanitari, sostiene che preferisce fare i controlli medici necessari in Ucraina, dove torna in vacanza, circa una volta l'anno, sia per le sue problematiche linguistiche sia per le difficoltà di conciliare l'attività lavorativa con la cura di sé. Attualmente assiste, infatti, una persona anziana ed inferma e vi sono problemi a sostituirla. In caso di necessità, in ogni caso, si è rivolta anche ai medici ed al sistema sanitario italiano, ma preferisce non dare di esso una valutazione. Per quanto riguarda i suoi progetti per il futuro vorrebbe restare a lavorare in Italia ancora qualche anno, per poi tornare nel suo paese di origine. Da questa intervista emerge il problema dell'isolamento delle donne che sacrificano anni della loro vita per sostenere economicamente i propri familiari in Ucraina svolgendo in Italia attività di assistenza e cura e la grande difficoltà di conciliare la cura di sé, della propria persona, della propria salute con la loro attività lavorativa. Emblematiche le sue parole in riferimento alla sua esperienza in Italia che contrappone alla sua situazione in Ucraina sostenendo lì, "avevo tutto".

Dati personali e percorso migratorio

Da quanti anni è in Italia?

Da cinque anni.

Lei quanti anni ha?

Cinquantasette.

Come mai è venuta in Italia?

Sono venuta dall'amica, eppure volevo rimanere qua.

Lei è venuta per lavorare, per turismo?

Prima volta che sono venuta in Italia, vedere, ma pensavo che posso rimanere qua, lavorare...

Quindi poi è rimasta a lavorare qui, o è venuta dopo?

Dopo, dopo... Qua cinque mesi non lavoravo, poi già ho trovato lavoro.

E lei prima di venire in Italia, lavorava in Ucraina?

Lavoravo tutta la vita, ma non lo so forse sei mesi cioè, non lavoravo.

Che lavoro faceva in Ucraina?

Economico... io sono Economico.

Ha studiato economia?

Sì sì, laureata.

In Ucraina quindi non si guadagnava bene, non riusciva a lavorare...

Sì tutta la vita sì, ma poi, una ditta aveva un problema, e poi è così, io non lavoravo.

La ditta Van Croft. Io avevo già 51 anni e ho pensato che posso andare... Avevo nipoti ... Pensavo che non vado a lavorare quindi...

È venuta qui per aiutare la sua famiglia?

Sì.

Lei è sposata, divorziata...?

Sì ...Io sono vedova, tanti anni! Sì perché avevo bambini di quattro e due e mio marito...

E adesso ha i nipotini?

Sì già ce l'ho... tutt'e due i figli sono sposati, e ci sono tre bambini...

E loro stanno in Ucraina?

Sì sì, stanno in Ucraina.

Come mai lei è venuta proprio qui a Napoli? Conosceva qualche amica?

A Napoli poco, io a Napoli sto un anno e undici mesi, verso due anni. Prima stava Amalfi, Minori, Maiori... Noioso! Mi piace la città più grande!

Lei da quale parte dell'Ucraina?

Da città.

Rapporto con i servizi sanitari del territorio:

In Italia, ha mai avuto bisogno del medico del dottore?

Sì sì.

Ha la tessera sanitaria?

Sì ce l'ho, ora perché ho ricevuto un permesso a dicembre e devo fare carta sanitaria, ma non posso ancora andare!

Come mai non può andare?

Perché lavoro tutti i giorni... Lavoro! La signora ora già più, grave così, i parenti non prendono lei a casa. Prima sono venuti, hanno preso ... Ora già lei non può camminare, io sempre sto a casa. Se mia amica sta qua io posso andare. Sì devo andare...

Lei ha giorni liberi, il giovedì, la domenica?

Certo, certo!

E durante la giornata si può muovere? Ha un po' di pausa?

Vado, vado, faccio la spesa da sola, posso andare quando signora dopo pranzo riposa, dorme. Io posso andare due ore a passeggiare, sì!

Anche se non aveva la tessera, lei ha avuto bisogno di cure mediche?

Sì sì certo, certo. Ho fatto...Sono andata da dentista, già non mi ricordo, sì...

Per chi non ha il permesso di soggiorno c'è una che si chiama STP, è una tessera per chi non ha un permesso di soggiorno, poiché la salute è un diritto di tutti e permette a queste persone di avere cure gratis, lei l'ha fatta?

Sì, sì, devo avere il permesso e poi vado a fare! Questo poi chiedi...

Lei non ha mai fatto un'altra tessera che si chiama STP?

Sì sì...

E quando è andata dal dottore, è andata da un dottore privato o da un dottore di Asl?

Asl! Però qua molti problemi. Poi quando vado a casa mia, io faccio tutto a casa mia... esame, tutto...

Preferisce insomma...

Sì preferisco perché c'ho miei dottori che sanno.

Lei va spesso in Ucraina?

Certo, ogni tanto, ogni anno! Quest'anno stava due mesi a casa!

In caso di necessità per lei è facile o difficile orientarsi fra i servizi sanitari qui in Italia, per qualsiasi problema?

Per me non lo so preferisco così, come faccio! Meglio sì, perché avevo sempre problema con la lingua! A casa mia più facile spiegare, se qualcosa ... Ma, andavo da dottore, se qualcosa... Però sto molto bene!

Si si speriamo che non serve mai... Quando è andata dal medico ha avuto qualche difficoltà oltre la lingua?

Sì sì, tempo sì. Perché questo sempre solo la mattina. Noi abbiamo giorno libero pomeriggio. Se devo fare qualcosa, devo chiedere a qualcuno, così!

Certo, è difficile! E lei da quando è in Italia quindi non ha mai fatto controlli per la sua salute femminile, come pap - test, controlli ginecologici?

No, no, faccio una volta l'anno a casa mia, faccio! Qua due o tre volte sono andata da dottore, quando aveva ... No no, da ginecologo no.

Lei conosce consultori ginecologici di Asl per la salute femminile?

No.

Quandp è stata costretta per necessità ad andare dal medico qui in Italia, andava da sola o preferiva farsi accompagnare da qualcuno?

Prime volta, cinque anni, quattro anni fa con mia amica. Lei ha detto che fare, dove andare. Sì Qualcuno sempre aiutava a me!

Non ha mai avuto durante una visita l'aiuto di una mediatrice qualificata... una persona che era lì per lavorare ed aiutare con la lingua o per altri problemi?

No.

Secondo lei sarebbe importante una mediatrice che aiuti anche per la lingua ai servizi ASL?

Sì sì forse sì. Sì a Salerno c'è la ditta "Tam tam", si chiama che fa servizi per noi stranieri. Sì io ho sempre ... I documenti, quando rinnovo il permesso, sempre vado agenzia! A Napoli c'è agenzia dove ho fatto il permesso.

Le poche volte che è andata dal medico qui in Italia, le è mai capitato di notare atteggiamenti di intolleranza pregiudizio da parte del personale perché è straniera?

No no, questo no mai. Sì ho sentito, Ogni tanto qualcuno racconta... Ma con me mai.

Potrebbe darci una valutazione del sistema sanitario italiano in base alla sua esperienza, com'è secondo lei, buono, pessimo, si potrebbe migliorare?

Noi abbiamo un po' diverso però, sì buono...

Secondo lei la sanità italiana risponde alle necessità di donne straniere?

Sì, penso sì.

E per le donne straniere secondo lei come si potrebbe facilitare l'accesso ai servizi?

Il problema c'è quando noi non capiamo e non possiamo spiegare. Ma io non avevo il problema mai... Io non lo so... Io sempre dico che noi qua straniera, tutti fanno con noi come italiani, capisci? Io dico sempre dobbiamo dire grazie, perché noi straniere posso andare da dottore, posso andare... Tutto! Avvocato ... E sempre parlano con noi, sempre aiutano noi... E' tutto bene!

Secondo lei sanità in Italia è meglio o peggio rispetto alla sanità in Ucraina?

No questo, non possiamo dire meglio o peggio... Diverso! Noi siamo abituati così! In Italia... No, non posso dire meglio o peggio!

E senta lei pensa di conoscere le leggi italiane per quanto riguarda la salute per le donne straniere? Conosce quali sono i suoi diritti sulla salute qui in Italia?

No.

Approccio medico

Nelle suo paese di origine, in caso di necessità, si ricorre a medicine tradizionali, ad esempio all'uso di erbe mediche?

Sì.

Lei ha mai usato queste medicine anche in Italia?

In Italia uso se riesco anche la medicina nostra, perché io conosco questa medicina, posso usare, sempre miei figli mandano a me! La medicina italiana ... Ma preferisco più nostra!¹⁵

Condizione in Italia

Conoscenza della lingua italiana

La lingua italiana come l'ha imparata?

Da sola, con libri, così!

Conosce altre lingue?

Un poco tedesco, poco perché a scuola ho studiato.

¹⁵ In tal caso la donna più che fare riferimento al ricorso a medicine non convenzionali, naturali o tradizionali fa riferimento alla prassi comune fra donne ucraine, di farsi inviare dai propri familiari rimasti in patria medicine del suo paese di origine, con le quali ha maggiore familiarità.

Condizione lavorativa

Invece per quanto riguarda il lavoro qui in Italia, lei lavora notte e giorno, si sente soddisfatta del suo lavoro?

Avevo tutto, così così! Cinque anni lavoro sì!

Lei ha lavorato Sempre notte e giorno?

Sempre!

E' stato pesante?

Sì, ogni tanto sì!

Lei invia soldi alla famiglia in Ucraina?

Sempre noi sì sì, aiutiamo. Per nostri figli siamo qua in Italia!

Condizione abitativa

Invece della tua casa, si sente soddisfatta?

Sì, io ho la mia stanza, bagno mio, tutto! C'è solo signora lì.

Rete sociale e familiare sul trrritorio

Ci sono altre persone della sua famiglia qui in Italia?

Famiglia no...

Nel suo tempo libero frequenta persone della sua nazionalità o anche di altre nazionalità?

Ucraina sì... Ci sono due o tre italiani, persone che conosco!

Per il futuro pensa di restare in Italia, a Napoli o di tornare in Ucraina?

Insomma...Vado a casa...sì!

Fra quanto tempo pensa di tornare?

Non lo so, due anni ancora forse lavoro poi vado a casa! Sì! Finché ho la salute devo stare con la mia famiglia!

La ringrazio molto per il suo tempo e la sua disponibilità.

**INTERVISTA AD Av.
(NAPOLI, UCRAINA , 2016)**

Quanti anni hai?

Ho 27 anni.

Da quale parte di Ucraina provieni?

La città di Ivò

Come mai sei venuta a Napoli?

Sì è venuto mio padre per lavoro e poi siamo venuti io e mia mamma.

Sei arrivata per ricongiungimento familiare, con permesso di soggiorno?

Per ricongiungimento familiare e poi vabbè tanto qua mi sono sposata ... Ho avuto dei figli, però i primi anni non avevo il permesso di soggiorno... Quando sono uscita incinta quindi sono dovuta andare all'ASL per fare la tessera sanitaria per sei mesi!

La tessera S.T.P?

Sì sì.

Da quanto tempo sei in Italia?

Avevo dieci anni e per due anni sono stata in Ucraina. E mò sono tornata, tre anni fa sono tornata...

Come mai hai deciso di tornare per un pò di tempo in Ucraina?

Ho intenzione di tornare, però adesso non c'è la possibilità tanto... Non so se hai sentito che in Ucraina, al sud, sta un pò la guerra. È complicato là per vivere ho paura ed ho due bambini piccoli... Io volevo che mia figlia grande frequentasse la scuola lì in Ucraina, perché a dire la verità qua un poco non mi piace, per come sono organizzati diciamo le lezioni, anche quando fanno incontro scuola famiglia, sempre un casino, non si capisce niente! Invece in Ucraina un poco diverso!

Hai vissuto solo a Napoli o sei stata anche in altre città d'Italia?

No, solo Napoli e provincia.

Hai studiato, hai un titolo di studio in Italia o in Ucraina?

In Ucraina, ho finito la scuola media, poi sono venuta qua e ho frequentato liceo. Poi dopo liceo ho fatto anche tre anni di Istituto a Parma, per i servizi sociali.

Sei sposata?

Sì sono sposata qui in Italia, però con un Ucraino.

Vi siete conosciuti qui?

Sì sì, però noi dello stesso paese di Ucraina, ma noi ci siamo conosciuti qua!

I tuoi figli sono nati in Italia?

Tutti e due sono nati qua.

Quanti anni hanno i tuoi bambini?

La grande, la femminuccia ha sette anni e il piccolino ha fatto tre anni.

Rapporto con i servizi sanitari del territorio:

Al momento sei iscritta al servizio sanitario o hai ancora S.T.P.?

No, ho ancora l' S.T.P., però sto prendendo, rinnovando il permesso di soggiorno, quindi appena mi vado a prendere la residenza scelgo il medico!

Come ti sei trovata per i controlli per la gravidanza con la tessera S.T.P.?

No, bene. Con primo figlio mi trovavo bene, poi ora il secondo, diciamo, abbiamo cambiato, la casa, abitavamo dall'altra parte, abbiamo dovuto cambiare l'Asl. E là un poco complicato, non lo so, dipende dalle persone, non lo so! Come ti avevo detto se volevo fare ricette per fare degli esami e il dottore dice di venire ogni volta per prendere solo una ricetta ... non stava tutti i giorni, all'ospedale, all' ASL, stava solo un giorno alla settimana... Ogni volta andare solo per una ricetta!

Nel periodo in cui eri incinta?

Sì sì...Sì ma a dire la verità si lamentavano tutti, anche gli italiani! Invece gli stranieri non potevano fare niente!

Per il tuo secondo figlio invece, avevi la tessera sanitaria o ancora l' S.T.P.?

Sempre S.T.P., perché io sono uscita incinta quando stavo in Ucraina e poi sono tornata qua al sesto mese di gravidanza, ho cominciato di fare tessera S.T.P., perchè non tenevo ancora il permesso di soggiorno.

Come mai non hai preso il permesso di soggiorno per per maternità, che è valido sei mesi prima e sei mesi dopo il parto?

Avevo un appuntamento alla questura di Napoli, lo stesso giorno che andavo a partorire, quindi dopo parto già non ho pensato più a farlo perché poi ho il bambino piccolo! Per andare a fare qualcosa andare sempre io! Perché sono solo io a casa con il piccolino, senza la macchina, perché mio marito andava a lavorare, partiva la mattina e tornava la sera!

Con la tessera S.T.P., a parte questo medico di cui mi hai raccontato, come ti sei trovata anche per i tuoi figli?

Ho cambiato il dottore e adesso mi trovo bene! Solo che non posso prendere adesso pediatra per tutti e due siccome ancora non ce l'ho diciamo la residenza, ancora sto aspettando, appena prendo la residenza posso prendere anche il pediatra per i bambini. Perché mi hanno dato solo per una volta, sempre per sei mesi, poi la seconda volta che devo rinnovare mi hanno detto di portare carta d'identità, certificato di residenza, di contratto delle case... tutte le carte in regola!

Per la legge i bambini nati in Italia hanno diritto a pediatra di base anche se tu hai la tessera S.T.P. ...

E' un po' strano perché il dottore mio, quello per stranieri, dove ho fatto l' S.T.P., dice la stessa cosa, che i bambini nati qua in Italia hanno diritto al pediatra, dice che posso avere il pediatra... Invece allo sportello, dove fanno la scelta del medico, del pediatra, mi manda sempre indietro, mi dice di portare le carte in regola! No per continuare perché ce l'avevo per sei mesi, perché poi è scaduto ... In realtà mi trovo in difficoltà con bimbi, perché se succede qualcosa, prende la febbre, la tosse, per prendere qualche medicinale, io che medicinale devo dare? Se non posso andare dal pediatra e mi dice "Tu hai tessera scaduta!" Quindi non puoi andare più dal pediatra! ... E quindi non vado più! Vado direttamente al Pronto Soccorso. Pure sono stata stata due giorni fa con mia figlia, che a scuola hanno festeggiato il compleanno di qualche bambino e hanno mangiato la pizzetta, bevuto coca-cola, e poi, dopo questo, ha avuto mal di pancia. L'ho accompagnata al Pronto Soccorso ... Bene tutto bene, mi hanno assistito bene la figlia, hanno controllato, però hanno prescritto fare le gocce, la peretta ... Secondo me dovevano fare lì, diciamo stesso all'ospedale, diciamo la bimba aveva molto mal di pancia. Sono tornata a casa ed erano le due e tutte le farmacia erano tutti chiuse e dovevo aspettare fino alle quattro e mezza, le cinque, per prendere il medicinale per fare a casa! E lei tre ore così!

In caso di necessità per andare dal medico.o dal pediatra a chi hai chiesto informazioni, a chi ti sei rivolta, amiche, ai tuoi genitori, internet?

Sempre all' A.S.L. allo sportello d'informazioni e mi hanno spiegato come devo fare!

Per te è stato facile difficile orientarti tra i servizi sanitari in Italia?

Per chi conosce la lingua penso di no, per chi non conosce è un poco complicato!

Poi hai studiato in Italia e parli bene la lingua italiana!

Sì grazie, con la lingua non è che ho tanti problemi! No no, io penso che quelli che sono da poco in Italia allora è difficile andare, invece per chi conosce la lingua è facile!

Relazione medica

Ha mai avuto qualche difficoltà nella relazione con medici, o con altri operatori dei servizi sanitari a cui ti sei rivolta, ad esempio dovuta a problemi di lingua, a differenze culturali o altre cose?

No, no questi problemi non ho avuto no!

Secondo te in ogni caso può essere utile un servizio di mediazione culturale, per aiutare le donne straniere, anche per lingua?

Sì molto! La salute non si sa mai quanto può, diciamo, sconvolgere, non si sa mai e secondo me sì, è importante!

Preferisci andare alle visite mediche da sola o farti accompagnare?

Meglio essere accompagnata! Qualcuno che ti fa compagnia mentre aspetti... le file!

Ha mai notato atteggiamenti di intolleranza, pregiudizi o episodi di discriminazione o nei tuoi confronti da parte di medici o del personale sanitario in occasione di visite mediche o prenotazioni perché sei straniera?

Sì mi è capitato!

Per esempio?

C'era anche una dottoressa, quella che ho partorito con la prima figlia da lei, prima figlia... Lei si prendeva i soldi anche se non doveva prendere quei soldi, lei, diciamo prende lo stipendio dallo stato. Perché io ho partorito all'ospedale pubblico, però lei dagli stranieri voleva anche i soldi!

Ah!

Sì, sì.

Qual'era l'ospedale dove hai partorito la tua prima bambina?

Santa Lucia, adesso l'hanno messo come privato, ma prima sette o otto anni fa era diciamo servizio pubblico. A San Giuseppe. Sì, però io non ho pagato tutto... Perché lei diciamo voleva di più, io ho pagato poco, quello che potevo dare, io ho

dato. Però se io non pago lei, poi, lei mi tratta male e non mi segue bene, non lo so! Però alla fine ho capito che lei nemmeno mi seguiva bene, perché tutti i mesi sono andata da lei a fare l'ecografia, mi diceva che andava tutto bene. Quando sono venuta a partorire, lei mi ha fatto un'ecografia prima di fare il taglio cesario e dice che la bimba cresce più grande del dovuto! È una patologia! Io le dico: me una patologia se io sono stata sempre seguita da lei? Non mi diceva mai niente adesso bell'e buono, in tre settimane... Era poco, avevo fatto l'ultimo controllo prima di gravidanza erano tre settimane... dico in due tre settimane è cambiato tutto?

Quando andavi a fare controlli o ecografie pagavi?

No, no, quando facevo l'ecografia da lei non pagavo. Per il parto ho dovuto pagare!

Secondo te non era necessario il cesareo?

No cesareo era, diciamo, non è che necessario, ho dovuto fare taglio cesareo perché ho avuto anche problema durante la gravidanza, avevo un poco lo zucchero alto, la glicemia alta. Quindi per questo mi hanno fatto taglio cesareo!

Comunque la bimba stava bene, non aveva una patologia come ti aveva detto la dottoressa, era molto grande quando è nata?

No, no è nata di due chili e duecento!

Qui a Napoli fanno molti tagli cesarei secondo te?

Se devo confrontare con Ucraina, qua fanno molto più!

Gravidanza e parto

Per la tua seconda gravidanza dove hai fatto i controlli, gli esami medici, all'Asl o da un ginecologo privato?

Per la gravidanza ho fatto tutti i controlli all' A.S.L. esami di sangue... Ce l'avevo un ginecologo prima, sempre una dottoressa ucraina, però se andavo a fare le analisi facevo sempre all' A.S.L.

Questa dottoressa è a Napoli?

Lei ha lo studio a Poggioreale, però lavora all'ospedale di Napoli, Federico II. Sì, lavora lì!

Hai partorito in ospedali pubblici o privati?

Ospedale pubblico. La prima figlia ho partorito a San Giuseppe e il secondo ho partorito a Napoli, sempre lì a Federico II dove c'è quella dottoressa ucraina.

Come è andato il parto, come ti sei trovata con medici ostetriche?

Tutto bene, non ho niente di cui lamentarsi!

Il parto per entrambi i tuoi due bambini è stato cesareo?

No cesareo... doloroso dopo! Il parto naturale è doloroso prima!

Tu preferivi il parto cesareo o naturale?

Naturale!

Hai fatto anche delle ecografie in Italia?

Eh sì, le esperienze, ormai, che provo durante la gravidanza sono sempre belle, da ricordare!

I primi sei mesi di gravidanza, , quando aspettavi il tuo secondo bimbo eri in Ucraina...

Sì.

Come è stato vivere lì la gravidanza rispetto a qui?

No uguale! Solo che le persone ti trattano meglio! Diciamo, non ho la sensazione che lei mi giudica, che mi dice che sono straniera! Qua invece a volte quando vai a fare qualcosa si sente dalle persone italiane!

Quindi tu avverti in Italia un atteggiamento diverso, perché sei straniera?

Anche se vado... andavo a fare la residenza qua al comune, la signora mi disse Voi stranieri, vivete meglio di noi italiani!“. Io non capisco questo! Perché ogni persona ha il volere di vivere bene! Diciamo uno di voi va, anche per riposare a qualche altro paese, anche lei diventa straniera in quel paese! Nessuno vuole vivere peggio! Perché più grande la persona, diciamo anziana, più cattiva è! Invece adesso più giovani non sono così... forse perché, non lo so!

Hai allattato?

Sì, sì ho allattato! La piccola, la più grande fino a otto mesi e il piccolo da poco ho smesso da quattro mesi!

Tanto tre anni!

Per me è bello! Meno soldi per le pappe e anche per la salute di bimbi dicono che latte materno fa bene!

In Ucraina per tradizione si considera importante l' allattamento?

Sì.

C'è qualcuno, fra amici, familiari che in questo periodo ti è stato vicino ti ha aiutato (per la casa, per fare la spesa o anche solo per darti dei consigli)?

Mamma sì, stava paese vicino! Ma anche lei aveva la figlia! Non potevamo aiutarci, io a lei, lei a me!

Immagino non sia stato facile perchè da sola con un parto cesareo ...

Ricordo i primi giorni davvero pesanti!

Prima della tua gravidanza in Italia lavoravi?

Sì lavoravo.

Posso chiederti che lavoro facevi?

Sì facevo pulizie, aiutavo per la casa!

Lavoravi part-time o notte e giorno?

No no part-time!

Al lavoro ci sono stati problemi per il fatto che tu asettassi un bambino?

No no niente problemi. Ho lavorato fino a quattro mesi prima della gravidanza poi al quianto mese anche mio marito aveva paura che io alzo qualcosa di pesante.

Sei mai andata ad un consultorio?

No no.

E poi dopo il parto hai fatto altri controlli per la tua salute femminile?

No, no andavo solo quando dovevo fare una visita dal ginecologo. Due mesi ha fatto i controlli, dopo la gravidanza, ho fatto l'ecografia... e basta! Niente più!

Valutazione del sistema sanitario italiano

Se dovessi dare una valutazione del sistema sanitario italiano, secondo te è buona, pessima, da migliorare ?

Da migliorare.

In cosa ad esempio?

Tutto dipende dalle persone, se una persona fa la differenza fra italiani o stranieri, anche se c'è la legge che si può fare qualcosa per gli stranieri, la persona cerca sempre di non fare, diciamo... di non dare! Diciamo chi capisce le altre persone ti aiuta di sicuro!

Approccio medico

In Ucraina si usano anche molto medicine naturali, tradizionali?

Sì.

A te è capitato di fare ricorso a questi rimedi, per te o per i tuoi bambini anche qui in Italia?

A volte io uso anche, o li compro qua a Napoli che li vedono oppure me li faccio mandare da mia nonna dall' Ucraina.

C'è la tua nonna in Ucraina?

Sì sì.

Condizione in Italia

Come hai imparato la lingua italiana?

La lingua italiana sì... ma anche in Ucraina la imparavo anche diciamo a casa, prima di venire in Italia, già imparavo i mesi, i giorni della settimana. Sei mesi sono stata qua e già imparavo a scrivere e a leggere prima di andare a scuola! A me piaceva, io avevo voglia di imparare lingua italiana!

Condizione lavorativa

Adesso stai lavorando?

Sì sto lavorando, un poco sì e un poco no! Sto lavorando su internet, non lo so se V. ti aveva parlato, perché abbiamo un negozio on-line ed abbiamo della merce in vendita, anche in rete, anche vendite on-line.¹⁶

Cosa vendete?

Ci sono tanti prodotti, orologi di Svizzera, gioielli di oro e argento, pacchetti di vacanze... Adesso vogliamo fare più pacchetti di vacanze!

Per una mamma è buon lavoro, perché così hai tempo per stare con i tuoi bambini. Quante ore lavori al giorno?

Sì questo lavoro mi conviene, posso lavorare anche un paio d'ore al giorno, a casa. Basta avere collegamento a internet!

Condizione abitativa

Per quanto riguarda invece la tua abitazione ora vivi con la tua famiglia, in affitto?

¹⁶ V. è una sua amica, che ho avuto modo di conoscere in occasione di un concerto i bambini ucraini organizzato da un'associazione al quale mi avevano invitato a prendere parte. V. ci ha presentato.

Sì.

Sei soddisfatta della tua abitazione?

L'abitazione la vogliamo cambiare, la casa diciamo è vecchia, c'è dell'umidità, poi anche i rubinetti il padrone non li vuole cambiare, stanno da anni! Da quando siamo venuti, da quel tempo affittiamo una casa dal padrone diciamo!

Rete sociale e familiare sul territorio

Nel tempo libero frequenti più persone italiane, della tua nazionalità o di altre nazionalità?

Adesso più di mia nazionalità! Perché ormai adesso sono sposata, ho la famiglia mio marito, la mia famiglia quando ci stanno le feste i compleanno stiamo insieme! Prima che non ero sposata avevo più amicizia con gli italiani! Andavo a scuola, uscivo con le amiche.

Quindi qui c'è sia tua famiglia, di tuo marito?

Sì, c'è mamma con papà e una sorella piccola anche di sette anni. Io e mia mamma eravamo incinta insieme! I figli io e mia mamma li abbiamo avuti insieme!

Tua madre è a Napoli o abita vicino a te?

Mia mamma sta con me, sta con me qua a Terzigno.

Progetti per il futuro

Quali sono i tuoi progetti per il futuro?

Sì un poco dobbiamo sistemare le cose e il tempo che finisce la guerra e vediamo che fare ... Però ho intenzione di tornare sì!

Sì, solo che non bastano i soldi, là lo stipendio è poco, diciamo paragonato con l'Italia! Però io non è che mi lamento che non vivo bene qua, qua mi va bene... Ma manca il paese sì!

Hai la nonna hai altri familiari in Ucraina?

La maggior parte sta lì, qua c'è parenti, però la maggior parte è rimasta in Ucraina.

Ma i tuoi bimbi parlano anche Ucraino?

Due lingue!

La lingua ucraina l'imparano a casa o in una scuola di lingua ucraina in Italia?

Sì c'è una scuola, però ora non l'abbiamo iscritta, scuola si fa solo di domenica, poi a Napoli so che ci sta, però non so a che parte, per adesso glielo imparo io!

INTERVISTA A N.
(UCRAINA PISA, 2016)

Lei da quale parte di Ucraina viene?

Io vicino Crimea, Odessa, non è conosci. Ottanta chilometri da Odessa. Tutti città Odessa, Nicolaj, persone bla bla bla, queste tutti città russi, perché durante quando Russia Soviinsky Unione Sovietica costruito aziende navali, dove costruiti barche, sottomarini militari, questi navi militari, grandissimi, mia città tre grandissimi aziende navali, che costruiti anche riparazione, un'azienda faceva barche sottomarina militare, città militare, Nicolaj, Odessa no, Nicolaj dove abito io, adesso non poteva entrare in questa città senza permesso, senza documento, e adesso tutti questi eliminati e adesso gente rimasta senza lavoro, di questi tutti i ragazzi tutti uomini che lavora a quest'azienda, lavorano a Livorno, a Cracov, a Polonia, dove c'è queste navali, specialisti grandissimi, e tutti cercano lavoro, partiti tutti per lavoro, non per divertimento, abbandonati famiglia, abbandonati figli, molto difficile sopportare questo.

Lei quand'è venuta in Italia conosceva qualcuno?

Non conoscevo nessuno, nessuno, senza lingua.

Come mai è venuta qui in Italia?

Perché venuta in Italia, quando stata indipendente a Russia, Ucraina non poteva trovare mio proprio lavoro, geologo, non poteva trovare. Stata a negozio come venduta po' di roba, faceva tanti altri così per guadagnare un po' di spiccioli. Perché ho perso soldi anche in banca, Russia a Ucraina state tutte banche di Russia, io Siberia, marito militare, avevi qualcosa di spiccioli diciamo sì. Persi tutti i soldi, aveva abbastanza tanto, e poi soldi non c'è.

Quindi è stata coraggiosa..

Eh, il coraggio non è da vita buona venuto questo coraggio, Italia sono qui, grazie per l'Italia se mi ha dato un pezzo di pane. Però io lavoro qui per mantenere mia famiglia, tre sorelle pensionati come io, però mia pensione se cambiare monete locali, mia pensione è 50 euro più di metà io paga tutte bollette casa mia, gas. E cosa mi è rimasto? 20, 30 euro. Cosa posso fare? Va bene, se io sola, non c'è sorella, anche mamma ancora c'è, babbo è morto. Mamma ha novanta anni, e le mie due sorelle fanno a turno, tre mesi una sorella, tre mesi altra sorella, andare da mamma. Io pago per viaggio per mangiare.

È venuta direttamente a Pisa?

A Modena, prima volta, quattro mesi a Modena, poi venuta qui trovata lavoro a Calci, poi piano piano diciamo lo stesso posto anche erba cresce su pietra sai.

Invece sua figlia è in Moldavia?

A Moldavia, sposata, c'è nipote venticinque anni, sì, due volte nonna. Perché figliolo, mio figlio aveva nove mesi quando figlio è morto, e noi tenuti questo figliolo come nostro figlia, adesso già venticinque anni, lei fa parrucchiera.

La moglie di suo figlio?

No, figlia di mio figlio che è morto. Però no ora, va bene, lasciamo stare.

Lei aiuta tutti i nipoti in Ucraina?

Io mantengo tutta mia famiglia, perché sono sola, marito non c'è, vedova. Altri c'è figli, c'è marito, però io mantengo tutta mia famiglia. Prima è stata un po' di forza, adesso già stanca, non è fisicamente, ma stanca come si chiama, morale. Perché mondo altro, usanze altro, abitudini altro, città altra, medicina problema sì, può andare ospedale, però problema prendere permesso. Datore di lavoro non è contenti se noi bisogno di andare per fare un po' di esami, controlli.

Lei lavora come badante, come considera questo lavoro?

Pesante per cervello, perché noi lavoriamo sempre con persone anziane, malate, non autosufficienti, però non autosufficienti lavoro fisicamente, va bene... però questo pesante, pesante per cervello perché rapporto con noi non è come con persone normali, siamo stranieri, ecco risposta.

Lei sente che c'è differenza?

Sì, sì. Sento molto.

C'è pregiudizio?

Sì, guarda io stata con stessa famiglia e quando sono uscita loro non mi hanno detto neanche grazie e arrivederci.

Otto anni è stata con una signora?

Una signora vecchietta, novantasei anni, autosufficientissima. Però loro deciso di fare così, loro. Loro volevi, perché loro padroni. Lei infatti. Io andata e adesso cerco lavoro, adesso difficile trovare lavoro, perché prima età, già non è giovane. Adesso tanti venuti, rumeni, polacchi, moldavi, ucraini, più giovani, siamo già esauriti un po' fisicamente. Io aveva problema qui di salute, proprio sentita male male, male, pressione alta, andata pronto soccorso, si andata pronto soccorso, non potevi trovare nulla, se non soffrivo due anni proprio.

Lei prima non era andata a fare controlli?

Ha detto tutto bene, anche proprio, sai che questi anziani, vene varicose, tutto bene. In vacanza andata a casa, e andata a fare controlli a nostra ospedale, fra due giorni proprio, fai intervento a levare tiroidi. Si era carcinoma, oncologica, quindi ho tolto.

Quindi si è anche operata lì?

Sì a Ucraina. E poi problemi con le vene varicose, sempre a piedi, sempre. Va bene, tutto bene, tutto bene niente. Andata a casa e questi trombi già cominciati a marcire, basta poco, se è venuto sescpi, con problemi. Qui, io già non vado da nessun parte.

Lei va qualche volta da medici italiani?

No.

Ma lei ha la tessera sanitaria, quella di Asl?

Certo, c'è tutto.

Perché ha il permesso.

Sì, certo.

All'inizio lei è venuta con permesso?

Prima, quindici anni, senza permesso.

E lei aveva paura ad andare dal medico?

No, io già andata con questi documenti.

Prima mai?

No.

Per legge italiana, da tanti anni, da venti anni, anche chi non ha permesso di soggiorno può andare dal medico.

Non servono questi nel lavoro, e poi tempo piano piano saluti, e poi andare da mio medico, lui mi dice ti dò questo ricetta per andare da dottore fra due mesi, questo dottore fra due mesi da altro dottore, e questa storia dura cinque sei mesi, può morire questo tempo.

Invece in Ucraina è più veloce?

In Ucraina, voi conosciuti qui, tutti suoi medici, tanti amici qui, io anche conosco laggiù, oggi andata e oggi mi fatto tutto, domani operata, fine settimana sono già a casa. Questa storia qui.

Ora deve fare i controlli?

No, prima faceva. Per fare controllo bisogna andare presto, presto la mattina, alle sei. Chi sarà, chi viene con questa signora, figlia non ne voleva, va bene era contenta, ma io vedo se persona non è contenta io non può sforzare questa azione, come va bene sono zitta, zitta. Io vedo se persona scontenta, poi io arrabbiata perché tu va da dottore. Io andata dal dottore una o due volte l'anno. Oh ragazzi, io sono persona come voi.

Per non perdere lavoro.

No, io no paura perdere lavoro, io piano piano troverò, io non è proprio persona, mio lavoro sempre, cinque volte sono cambiata lavoro, e stata con donne anziane fino in fondo, finché non porto cimitero. Non cambio lavoro come altri, due mesi qui, due la. Preferisco notte e giorno, con persona, abituata così, non e piace cambiare lavoro, perché di là più meglio. Io sono qui. Io adesso sono venuta molto arrabbiata e molto arrabbiata perché dopo otto anni. Però dentro c'è, piano piano passerà questa sentenza, se dopo otto anni ho sentito questa casa come mia casa, casa mia. Faceva biancheria faceva orto tagliava tutte piante, come casa mia. E dopo questo lavoro, dopo questo tempo, con me no. Secondo me non tutti italiani c'è, molto bravi famiglie c'è, molto brave persone, c'è bravi famiglia. Però mia strada così venuta. Come diciamo noi ogni porta sua croce.

Quindi lei è stata qui in Italia dal dottore, dal medico curante, in ospedale?

Sono stata una volta a pronto soccorso, quando già aveva pressione a venti, duecento, mia amica mi ha portata addosso a pronto soccorso, sono seduta quasi tutto il giorno, tutto bene, tutto bene sta andando tutto bene. Io ho detto io vado vacanza a casa, sentito se io già ancora un po' è finita la partita, quando aveva queste tiroidi. E così no, se mi bisogni fare analisi, vado a casa, preferisci andare casa sua.

Per lei è facile o difficile orientarsi tra i servizi sanitari italiani?

Facile no, difficile sì. Quando sono venuta dopo questo intervento di tiroide, andata al centro di cronologia qui a Cisanello, e dottoressa non è voglio famiglia e dice, Nina e bisogno fare secondo intervento perché ho fatti male, è rimasto qualcosa, io ho preso telefonino e parlo con mio chirurgo che ha fatto questo intervento, e gli dico, ascolta mi dicono così così, lui mi dice Nina io ho fatto tutto perfetto se loro vogliono fare qualcosa di esperimento, gira e vai via. Io fatto tutto bene, tue analisi bene, ormoni tutto a posto, e loro cominciato parlare, venuti quattro dottori e cominciato a parlare in dialetto, e io proprio non capisco nulla, parlano non è lingua italiana se io studiata. Dialetto di Pisa, di Napoli, però qui ogni paese c'è anche qua parlano dialetto. Nina dice arrivederci grazie e vai via, non fa nulla. Io adesso passato tre anni io sento bene, e qui non vado da nessuna parte.

Quindi che difficoltà ha avuto con i medici, i sistemi sanitari italiani, per la lingua, per le informazioni?

Prima quando anche dopo vacanza quando sono venuta qui, io voleva cambiare vestito da mia signora, voleva cambiare mutandi, camicia, nell'armadio sotto mutandi io ho trovato tre lettere, per esame per mammografia.

Per lei?

Sì, nascosto e non è prima volta.

Perché lei potrebbe fare gratis.

Sì, anche lì io faccio. Ogni vacanza io faccio tutto, tutti i controlli, perché età già. E qui sempre nascondi. È così. E questo non è grave, ci sono altre cose gravissimi, altre persone che soffrono, senza mangiare, comprano da mangiare a soldi suoi, e poi meno male se io potevo tornare il mio giorno libero, o il giovedì o la domenica, a casa, altre persone no, guarda piazza dopo questi panchini è quasi cinque giorni, è festa, ogni uno ha il suo giorno libero non potevi tornare a casa più freddo, bisogna stare fuori. Non ci è permesso di tornare a casa se è suo giorno libero, per riposare a camera sua, o nella camera sua.

Tu avevi la tua stanza?

Sì io aveva la mia stanza, io ho detto subito se io no può tornare a mio giorno libero a casa proprio riposare senza nessuno, io meritata questo, io può stare anche fuori, anche marina, però se piove anche tempo brutto, posso tornare, se no io non vado a lavorare questo. Perché sono persona, anche cane c'ha sua cuccia privata, diciamo così. Però italiani bravi, secondo me, quaranta per cento o più o meno, se già non servono più nostri servizi, tra due secondi loro dimenticano come ti chiami, e cacciano via subito, e sì. Quando serve servizi. Questo è la verità, questo mio pensiero subiectivi, non obiectivi, e questo mio. Però Italia bella, grazie se ha dato noi un pezzo di pane, però non è gratis, io meritata questo pezzo di pane, però noi non possiamo uscire, per me Italia è come, io dentro acquario Italia dopo, io come chiusa non aperta come voi italiani, andate dove volete, vostra terra, siete liberi.

Io non penso mia terra, io penso che la terra è di tutti, tutti hanno il diritto di venire e di tornare.

Noi non possiamo fare queste cose, siamo legati. Italiani molto orgogliosi, sua bandiera. Qua quasi ogni famiglia servono servizi stranieri, badanti. Non è per divertirsi che sono venuta qui, per me bene a casa mia, dormire suo letto, sua casa, mangiare suo cibo.

Invece per la sua salute di donna ha mai fatto controlli dal ginecologo?

L'ho fatto sempre a casa mia.

Hha mai avuto problemi con medici di qua, non so per lingua per cultura?

No, loro fanno queste visite, non è profondo, a così, sopra. Due tre domande e basta. Non basta non è misurato nemmeno la pressione, mai.

Lei ha mai fatto una visita con una mediatrice culturale, o non ne aveva bisogno? Una mediatrice culturale è una persona della sua nazionalità che aiuta per la lingua.

No, no. Se ho problemi gravi meglio tornare a casa.

Quindi per lei tra il sistema sanitario di qui e quello del suo paese qual è meglio e qual è peggio?

Sistema medicina qui certo meglio, Italia più progressiva più moderna. Però questo tutto costa soldi. Da noi, anche da noi dottori molto intelligenti, molto onesti, però laboratori qui, anche qui, ho fatto anamnesi con questo carcinoma anche laggiù, qui non potevi o non volevi fare queste cose, hanno detto tutto a posto. Non è possibile tutto a posto se io sento male, seduta al pronto soccorso tutto il giorno, e da me non è venuto nessuno io già faceva così, sulla poltrona, nessuno arrivato.

Ha mai riscontrato episodi di pregiudizio perché straniera, da medici o da sanità?

Se io vedo rapporti così. No. Meglio stare zitta perché non guarda qui da noi stranieri, non è rapporti come da mia terra come Ucraina, dottori che raccontano tutto, che ti fanno domande, se va bene questo o questo, proviamo altro, è meglio, qui no due tre parole via.

Ci sono cure naturali in Ucraina?

Sì, erba, ci sono. Guarda qui bambini poverini, c'ha influenza già antibiotico, noi no. Tutti erba tutti altra cosa, non è medicina, non usiamo tanta medicina, guarda ogni famiglia ce l'ha un sacco di queste medicine, antibiotici bla bla bla. Bimba piccola già dare questa medicina, peggio per fegato peggio per tutto. Anche io d'accordo. Se proprio già non è più possibile senza queste medicine, dà... Altro proprio non so, qui italiani usano troppo, prendono troppo medicine.

Secondo lei che cosa si potrebbe fare per migliorare servizi sanitari, anche per donne straniere, qui a Pisa o in Italia? Come l'aiuto di mediatri, oppure dare più informazioni, dare più assistenza per diplomazia, ridurre i tempi di attesa?

Meglio se questi ospedali o centri per stranieri, perché non tutti parlano. Anche lei persona senti male e non può spiegare, bisogna tenere suo specifico ambulatorio, non so come si chiama qui, con traduttore. Perché tanti nostri donne, serve medicine, ma lei poverina non può spiegare, e basta è finito! Morte tante donne anche miei amici morti qui, perché non parlano bene, e se anche con persona proprio non autosufficiente o disabile, chi aiuta lei imparare lingua? E lei andrà a

pronto soccorso, vuole spiegare, non sa come spiegare, loro non sanno lingua, e finito.

Lei pensa di conoscere le leggi italiane e immigrazione?

Noi non abbiamo queste informazioni. Spiegato nessuno. Il nostro lavoro ventiquattro ore su ventiquattro, metà giovedì e domenica, e noi possiamo riposare. Sai questa dolce parola libertà?

Per cure mediche, lei preferisce fare anche un po' da sola?

Sì noi portiamo qui un sacco di medicina nostra, e se bisogna qualcosa, e se serve qualcosa, fa male testa, fa male stomaco, fa male schiena, noi abbiamo la medicina. Perché qui non possiamo prendere medicina senza ricetta, per prendere ricetta, noi scherziamo ma qui impegnativo anche per morire cinque mesi, sì così troppo lunga, questo processo troppo lungo. Prendere appuntamento con dottore, mia famiglia dottore, tempo, uscita fuori, venuta datore di lavoro, figlia, figliolo o genero per stare, e poi fra un mese altro analisi, poi terzo analisi, poi quarto, poi da specialista, mammamia, questo impossibile fare qui! Siamo, non è liberi per fare queste cose! È difficile, noi portare sua medicina, se fa male qualcosa, telefona mi porta questo mi manda questo, da Ucraina, troviamo decisione.

Adesso qui a Pisa lei ha amiche ucraine?

Sì.

Più ucraine o italiane?

Ucraine. Rumene, polacche, tutti sta con sua, è così.

Fa parte di un'associazione?

No.

Qui non c'è a Pisa un'associazione ucraina, con presidente, comunità?

No, non c'è. Siamo soli.

Più amiche?

Sì.

Parenti?

No, c'è tante amiche che portano qui bimbi, o sposati qui, però bimbi come al solito stanno cinque sei mesi e poi "Mamma io torno a casa", sì perché a scuola queste gioventù, questi ragazzi non prendono sua società, siamo divisi, cultura diversa. Qui molti ragazzi, vedo molti ragazzi così aperti, più sessuali, senza cultura.

Invece da voi ci sono più valori?

Si, si. Molta differenza.

Differenza di cultura?

Differenza di cultura, differenza di mentalità, nostri ragazzi più, conosci tutto il mondo, tutti guerra tutta storia, molto a scuola prendono informazioni di più come qui, se noi quando venuta qui, mio datore di lavoro non sapeva dov'era Ucraina, capito? Perché non c'è interesse! Io conosco tutto il mondo, iniziando da America, e finiamo Cina e Giappone, mi manca parole, mi manca, se tu conosce un poco lingua russa o lingua ucraina, io potevo spiegare te tante cose interesse, tante.

Ha imparato da sola, parla bene.

Io no bene, io sento, però capisco.

Lei è laureata in geologia?

Io laureata in geologia e cartografia, faceva anche questi mappi.

Sarebbe stato bello continuare il suo lavoro.

Si, questo successo, aveva quaranta anni, quarantacinque anni, proprio noi buttati fuori come preservativo usato, genti molto educati, con tanta pratica, tanta cultura, difficile sopportare questo, non pensava mai se io, ultimi mia anni mia vita, io stavo qui fuori famiglia.

Per il futuro lei pensa di tornare a casa?

Si, io non vedo mio futuro qui, non c'è l'ho casa, non ce l'ho nessuno e mie radici laggiù.

Lei li ce l'ha una casa?

Certo, c'ho casa chiusa, torno a casa, spolvero un po' e chiudo.

Oppure andare da sua figlia?

Va bene, sua figlia non può stare con sua figlia, figlia c'ha sua vita. Siamo lontani, per andare da mia figlia quasi un giorno e mezzo di viaggio, anche da mamma, a Mosca due giorni, siamo molto lontani, ci incontriamo uno due volta ogni cinque sei anni. Adesso casa mia chiusa, quando torno a casa va bene faccio un po' di pulizie metto roba a posto, vado pagare tutti questi bolletti nel banca, luce, gas bla bla bla, e non può stare a casa mi viene tristezza, guardo queste foto, e penso ogni divano ogni tv, miei questi ricordi. Tristezza da morire.

Però ha i nipotini?

Nipotini sua vita, venticinque anni tutti e due. Perché noi sposiamo presto, diciotto anni, quando già venti ventitré, già vecchia.

Qua sono ancora bimbi invece a ventitré anni.

Si, anche quaranta, ancora ragazzo, non va bene, a me non garba questa storia, se donna partorisce quaranta, quarantacinque anni è tardi, queste cose c'è sua età.

Siete fortunati voi qui, che non avete guerre fra governi, noi abbiamo guerra Ucraina, continua per tre anni e non vedo come.

INTERVISTA A Mo.
(FILIPPINA NAPOLI, 2016)¹⁷

M. è una insegnante di lingua inglese che vive a Napoli. La sua intervista è stata realizzata in tre momenti differenti. Essa è stata articolata sulla suo vissuto migratorio e sulla sua esperienza in riferimento ai servizi sanitari del territorio, ma anche quale informatrice privilegiata, con approfondimenti in riferimento alle peculiarità del parto nelle filippine, alla relazione madre - bambino, al rapporto con i servizi sanitari del territorio delle sue connazionali in Italia e sull'uso, l'importanza e la diffusione di medicine tradizionali delle Filippine anche fra immigrati ed immigrate presenti a Napoli. La sua vicenda è singolare, in quanto vive a Napoli da tre anni dove ha deciso di venire per raggiungere il marito. E' giunta in Italia per ricongiungimento familiare, lasciando il lavoro che svolgeva nel suo paese di origine (era impiegata presso la Telecom). Ci siamo conosciute quando era arrivata da poco in Italia e aveva ottenuto il ricongiungimento familiare per due dei suoi figli, ma erano in attesa di poter avere i requisiti per poter far arrivare in Italia anche la loro figlia più giovane, che era rimasta in patria con i familiari. Poi sono riusciti ad ottenere per lei il ricongiungimento familiare ma, come racconta nel corso dell'intervista non si è trovata bene in Italia, per la lingua, per problematiche di inserimento a scuola e così ha preferito fare ritorno nelle Filippine. Fin da principio ha sempre percepito come una forma di esclusione la mancanza di possibilità di lavorare in Italia in altri ambiti che non fossero quelli da quello domestico. Infatti dopo aver lavorato a lungo come baby - sitter, dove si preferiva che parlasse la lingua inglese, ha iniziato a lavorare quale docente di inglese, sia privatamente che presso alcune scuole private ed attualmente questa attività è la principale che svolge. Insegna inglese al Trinity college a Napoli ed a bambini filippini. L'intervista si svolge in inglese perché M. comprende ma ancora non ha imparato la lingua italiana.

PRIMA PARTE

Da quale parte delle Filippine provieni?

Da Manila. Lavoravo a Manila alla Telecom, prima di venire in Italia, prima io insegnavo un anno.

¹⁷ L'intervista a Mo. si svolge in tre fasi e momenti diversi. Essa è inerente sia la sua storia personale e quale informatrice privilegiata in riferimento ad ambiti più generici. L'ultima parte è sulla nascita nelle Filippine. La seconda parte si svolge in inglese per le difficoltà che ha ad esprimersi in lingua italiana.

Il marito: io analisi di ospedale mediche. Qui non vale. Diploma.

M. Se vuoi lavorare qui in Italia tu devi fare un corso. Devi avere prima una licenza e poi ... qui tutto è cambiato è la sola scelta che abbiamo non c'è scelta per noi per lavorare. Questo è il vero problema.

In Filippine c'è un stipendio basso.

Abbiamo due figli qui in Italia e loro parlano bene italiano perché studiano. Sono qui da un anni. Uni ha dodici anni. Prima arrivata qui cinque elementary e dopo prima media adesso.

Marito: Però in Filippine

Per gli uomini è più difficile per gli uomini. In Filippine per gli uomini è molto diverso. Lo stile di vita qui in Filippine e qui è totalmente diverso

Marito molto molto diverso.

Mo : Together is the best. Insieme è la cosa migliore.

Prima quando andare qua io avevo un business, tabaccaio, ristorante ma poi ... abbiamo

Vogliamo andare in Filippine o Nuova Zelanda, che è vicino alle Filippine e parlano inglese. Lì ho mia sorella.

Marito qua no perché venti anni o venticinque anni paura ritorno filippine perché difficile filippine di là c'è mese per emsione. Difficile. Io però chiedo perché, perché, perché?

Come mai sei venuta in Italia?

Sono venuta qui tramite mio marito, per ricongiungimento familiare.

Conoscevano la famiglia

Marito : arrivato come contatto di lavoro. Mi ha chiamato mia sorella ce era già qui. Ma prima io è andato in Germania

P.: Loro sono clandestini prima la sorella.

Marito: prima c'è sorella.

P. quando è arrivata prima legge flussi, possono chiamare la signora pure perché conosce la sorella e poi ha fatto per lui. Poi lei è più fortunata perché tramite lui con ricongiungimento familiare, con la figlia,

Marito: prima tre altra figlia andare.

Mo. Abbiamo tre figli. Due figli. Uno è ancora in Filippine. Perché pe legge chiedono reddito alto e casa grande.

P. La dichiarazione di redditi è bassa. Dieci ha sua figlia. Solo una nelle Filippine e due qui in Italia. Sono lì a fare assistenza a padre, perché in Filippine studiare vicino a padre.

Gli uomini aiutano a casa in Filippine?

Sì. Il potere e il ruolo del uomo e della donna in Filippine è lo stesso.

P. Dipende dalla famiglia. Molte volte il lavoro degli uomini ... --- spesso aiuta nella famiglia, idraulico operaio.

Qui non ci sono piccole imprese filippine?

No. Money transfer c'è negozio grande di supermarket, poi ristorante kebab, però piccolo ristorante non grande.

Ristorante filippino?

Sì, con cucina filippina vicino piazza municipio vicino molto Beverello dove passano il tram si chiama Otrin. E'etchè quando arrivano qualche nave i filippini vogliono mangiare qualcosa di filippino.

Marito: ogni cosa è lunga dobbiamo aspettare.

Monique: Io voglio imparare l'italiano ma è molto difficile per me ... c'è discriminazione hai il certificato, hai quello hai quello? Io ho la mia... io ho la mia missione che è insegnare qui a Napoli, io voglio aiutare ma solo a casa. Io voglio aiutare i filippini, io pensa molto ... mio cuore è con filippine tears, io voglio aiutare.

Quando io arrivata in Italia, la prima settimana io volontaria in chiesa e pulivo, due mesi tre mesi per sacrestani.

Marito. Governo vieni in Filippine ma tasse molte e allora persone ritorna. Prima sessanta ora duecento troppo! Stipendio metà famiglia filippina, metà casa, mangiare.

Non ci sono molte possibilità in Filippine per i bambini?

No.

Quando io venire io pensa sette anni. Io voglio la mia famiglia unita. Domani lasciato tutti opportunità bene opportunità ... io lavoravo ufficio, Telecom company delle Filippine. Così io ho pensato molto molto tempo per venire qui.

Era un buon lavoro?

Sì. I hope God help us. Inglese in Italia ha molto bisogno qui. Inglese qui sta giusto iniziando.

Monique: La tua professione quando vieni qui, vocazione e talento è niente! No scelta! Devo solo lavorare in casa! Mio figlio ecc

Quali sono le difficoltà?

It's very difficult. Italian doctor, we aiutare each other.

E' molto difficile con il medici noi ci aiutiamo a vicenda. Mio dottore capisce italiano ma non capisce inglese. Questura? No inglese. Prefettura? No inglese

Marito: ... però quando parli inglese loro capiscono. Like me

Mo. Abbiamo altre persone in comunità aiutare, altre filippine, che parlano bene e vengono con te dal dottore. Ma signora l'inglese è molto molto importante. Italia is very complicated. English he she ... here complicato! I try to learn lingua in Sant'Egidio... però la signora in casa parlare italiano, bimbo parlare italiano. Io insegno inglese a due diversi bambini in Italia. Anche la mia signora ... pagre niente volontari, non c'è stipendio solo aiutare a parlare inglese. Lei solo studiare per inglese.

Io voglio insegnare inglese senza soldi, perché io voglio aiutare. Io lavoro. Io lavoro part- time baby sitter bimbi e come baby sitter I teach English.

SECONDA PARTE

Why do you think the Italian medical system to be a problem for Philippine immigrants?

First of all, a new immigrant coming to Italy cannot understand the language. They do not have the proper communication allowing them to explain, for example, what kind of disease a patient is feeling and how a doctor can relate, because some doctors can understand English. So, one of the problems is that ...

Ok. They don't speak English

Yes; they don't speak English, and English is very important language. It is an universal language for immigrants and for everyone all over the world. It is important for us to know how to understand English and I experienced personally, even if I don't want to say the name of the doctor involved, a problem. I went to this doctor yesterday and I asked them a medicine for my itching, *la pelle* and I needed some Clobesol, a sort of ointment, a cream...

Crema

"Yes, a *crema*. And since one of my friends gave me the name, I somehow bought it in a pharmacy, then I presented it to the doctor and he used some words. I had just memorized *posso chiedere una cosa?* And he said *OK*, then I said *Do you speak English?* And he said *No*. He was very ...*arrabbiato* and he told me that, since I was in Italy, I had to know Italian. I told him I knew that and that I was learning Italian, despite the fact that Italian is very complicated! Everybody can understand the words, but I cannot talk so well. I can use the basics, but not the most profound words".

Il medico si è arrabbiato per questo (he got angry)?

Somehow. My 17-year-old boy, who was there, comforted me in Italian.

So, he can understand Italian...

Yes, because he attends school, and he was here to help me. Unfortunately, the doctor kept talking to me, even after I asked him if he could speak English. My son told me that I had asked no bad questions. It's a big world out there and doctors should know English.

But usually, in Italy they don't...

All this happened a few days ago

On Thursday, you said...

Yes. And one of the reasons why we cannot effectively communicate is that doctors cannot speak English. Therefore, we cannot understand the process, especially when we need a check-up .

You end up not knowing how to do it...

What we know is the referral process, the bureaucratic aspects and with our works, and the work of my husband in my case, we have no time for that. On the other hand, if you go to the doctor's in the Philippines now, *adesso*, they will check you. If you need to be brought in the hospital, they do it right away. Here in Italy, they don't .

Here, in hospitals...?

Here in Italy, you have to wait, say one week, two weeks...

Yes, you have to wait''

If, on the other hand, my body, risks not being good or trustworthy any more, I need quick interventions.

In Italy we have a system as well, and I can provide you with all the details afterwards; you need to enroll with the Italian National Health Service, the Servizio Sanitario Nazionale...

I didn't know that. However, I have my *Tessera Sanitaria* .

That is because you have a Permesso di Soggiorno for you and your family, and therefore you can go to the doctor's. Have you ever done that? If you do that, the national health structures in the area can provide a doctor for you, for free.

Actually, for the doctor, it's free; they never ask for money or the like.

Yes. You have a doctor you can go to for free every day. Did you know that?

Yes, yes.

This kind of doctors are usually general practitioners, what we term medicina generale in Italy. Did the doctor you were mentioning before give you anything?

Actually, he gave me something.

But he didn't speak English...

No. I know he is good, as are his intentions. This said, I bought the *crema* my friend told me to buy and the doctor said it was not good. "If you have psoriasis",

he said, “buy that cream instead”. He was a bit angry and I understood that because my son was translating from Italian for me.

So, he accompanied you

Yes. I can understand some Italian, but I cannot understand the most profound words.

Yes. It's very, very, very difficult. So, you went to the doctor's in Italy, but you don't think they are so good. - Do you Think they are good?

They are good, but the problem is they cannot speak English. If they could, it would be better, as we could communicate.

And, for your child, do you have a pediatra (pediatrician), you can go to with your Tessera Sanitaria?

Yes, it is the same doctor for my 14-years and my 17-years old sons.

He is the same for both, then

Last time, it was a lady doctor. We switched to a lady doctor, a *dottoressa*, which is always available, even if she cannot speak English. And, to explain our situation, we have to speak in Italian. We also have some trouble with our schedules.

Yes, but the main problems you have with the Italian national health system involves languages?

Yes, the language.

Do you have any other kind of difficulties? Say, with relations...

“Some of the Filipinos told me (I have a lot of friends) the they don't want to go to Italian hospitals....”

Why?

Because they are afraid and feel that, as immigrants, they are not receive full attention by the doctors. That is because they are strangers. How should I call that? Is it racism or discrimination?

Have you ever experienced some degree of prejudice?

My friends told me that they prefer to rely on self-medication, rather than going to a hospital in Italy.

Is it due to the fact that their relationships with doctors are not so good?

They are very *paura*, they are very afraid.

And that his true for a lot of Filipinos, it seems?

They tend to go to hospitals only if their problems are very serious. They are afraid. So, when I heard that, I knew that they used fruits, natural medications and the like .

I love the fact that in the Philippines many natural medications are present. Chemical medicines are good. Nevertheless, sometimes, they may be very bad for our body as well. As I say, in the Philippines there is a culture of natural medication as well ”

That is true. We also use leaves, from the guava and the like, for medication. Do you know ginger? It is like an antibiotic.

Like an antibiotic?

My children, if they have some stomach pain...

Stomachache, yes

I give them ginger.

Were you using this in Italy as well?

Yes. I never asked for medicines in Italy.

Ok, therefore, you rely on chemistry and medicines only in the most impellent cases, correct? Otherwise, you usually prefer herbs. Where can you find them in Italy? Do you rely on herbalists or on your Filipino friends? On shops?

Yes, on shops. Also Filipino ones.

Ah, do Filipino shops also carry medicines, herbs and the like?

They do. Ginger, for example.

Are these Filipino shops like supermarkets?

Yes. There are some, but you can buy this stuff also in Pakistani stores, Sri Lankan stores and the like. Onions and garlic are also available. We do also use coconut oil.

Given the fact that one has to know all this material is for them to work, do you all know them or there is someone, more versed in this field, helping you out?

Since I was a child, I know very much about all this. Because my parents told me. So, in my country, chemistry- based medicine is not so present. We rely on natural medicine.

All natural medicine ...

They are very healthy!

Yes. Very good for you!

Other kinds of medicine may damage your intestine.

We use guava leaves for that. You can also boil them and drink their juice to good effect.

Is it available here in Italy?

No, but I can bring some to you next time I am back from the Philippines. Everything natural medicine provides can heal your body within. If you drink

guava, it is good for everything. In the Philippines, there is a lot of herbal medicine.

They told me that, in the Philippines, if someone has a garden, then he or she will surely grow herbs.

Do you know diabetes? There is an herbal medicine for that as well, called *ampalaya*.

Ampalaya...is it available in Italy?

No, it's only in the Philippines. It is bitter and good for diabetes.

Do you know everything about every kind of natural medicine? Do all Philippine nationals know this?

Yes. There is also a root, called *cugon*, you can boil and then use for your knee.

Are the herbs you mentioned available in Italy as well?

No, they are only in the Philippines.

Ok. So, when you decide to heal yourself in Italy, is it difficult to get this herbs, for example in Filipino shops? Even partially.

Some shopkeepers, or Filipino Nationals gather the needed herbs in the Philippines and then bring them here.

Are there people specifically knowledgeable on this, such as and healers, curanderos, and the like? Is there some healer better than all the others? Or does everybody know?

Well, I do not know. There are experts, but, in most cases, everybody knows everything. I think that would be better for pharmacies to stock natural and herbal remedies as well. Herbal remedies are good. Do they have them here?"

"Not everything and not like in the Philippines, but nevertheless good". Do you think the national health system the Philippines to be better or worse than the Italian one?"

I am used to the system in the Philippines, if you ask me, so, for me, that system is better. Here, we feel very much as strangers. They cannot accommodate us, and we feel much indifference coming our way.

Different sexes must be considered?

In the Philippines, both male and female doctors are available. If you have to give birth to a child, women are usually preferred. For the check-up of my boys, for example, both sexes are possible.

But, for you, a woman is better?

Yes, because we feel alike.

Yes, yes, I know. Have you ever come to the doctor's for problems connected with women's health?

No; if I can find a doctor able to speak English, then I will change my doctor. Please, can you help me find one?

"I know one, but he's a man"

"It's OK"

If you want a woman, you can go to a consultorio. Do you know what that is?

"No"

"It is a center for women, concerning pregnancy, childbirth and all the main women-related issues. It is free, but you should book your visit or get there early. Every area of the city has its own consultorio, but they have doctors which can rely on not too much machinery. Women doctors are present and I can ask them to help you out"

Does she speak English?

I don't know. Do you prefer to go to doctor's with someone or would you rather go alone?"

"At this stage, since I cannot speak more Italian (even if I understand a good deal of Italian, I still cannot speak as I would like) it is necessary that my children, if they have the time, accompany me".

Also friends?

"Friends or someone who can speak Italian, able to accompany me. Speaking of which, when I have to fix my documents and modules must be filled, I can go sola. At the doctor's, subtlety about your health is needed, so I need someone with me.

What could be done, in your opinion, in order to improve the welcoming of foreign women in the Italian National Health System?

In my opinion, the only important thing to be improved is to have a translation. If doctors cannot understand English, they should have a machine to translate what patients or others are talking about in English. In Japan, or in other countries, automated translations are present everywhere, such as is the case with hospitals. Here, for me it would be better if doctors could understand English. For example, at the dentist's...

Have you ever gone there?

Actually, the dentist I go to with my husband is very good, since he translates everything we say by using computer programs. This is very useful in better understanding what patients want and feel.

And so...?

Some doctors are good, while others, such as was the case with the last one I met, were a bit angry.

He gets angry... outrageous

“When I told him *mi dispiace tanto*, i.e I was very sorry, he told me I had to speak Italian. The final result for me with such doctors is that I don’t want to go back there any more”

You don’t want to go any more?

No, because I’m afraid; *Ho paura!*

You chafe at this. Is perfectly understandable ?

Expressing myself would be important, therefore it would be better if they had a translator. If they cannot understand or use English, then they should have a translator ”

For you, is it difficult to navigate health services in Italy?

Very difficult.

Why? Because of the bureaucracy or ...”

Not only because of that; when my husband had some problems with his eyes, the staff of an hospital in Naples told me to go here, there and everywhere.

So is it difficult?

Not only that; we all work and we have precious little time. Waiting is against us and in the Philippines this does not happen. Doctors are readily available.

In hospitals?

Yes.

Do you pay for that, in your home country?

When I worked in a Telecom company, everything health-related was free, for me and my children. If someone does not work, free government-sponsored doctors are available, but if someone wants to go to private doctors...

One has to pay...

Yes

Do you think you know the main Italian laws on health?

No.

Do you think that the health of foreign women is well protected in Italy?

“No, because they don’t have information to help with that.

The problem is information, then. Your many rights and those are written. Sometimes, not even doctors know them and so they cannot tell them to others. For example, doctors should inform on the opportunity you have to go to the consultorio for free.

They do not know. I have discounts when I go to buy medicines in pharmacies, since I am with children. Pharmacists do not know that!

And what do you do in such cases?

I just pay. In some places I can get for free with the discount, while in others I must pay.

It was you who knew about a discount for women with children.???

“Yes”

Did you know that, by means of a specific code, both male and female immigrants can go to the doctor's, even without a Permesso di Soggiorno?”

“Oh, I didn't! that would be good for a friend of mine”

“Even without such documents, they can use a Tessera, go to hospitals, consultori and some clinics for free, sometimes meeting the very same people and doctors in hospitals, especially in the case of emergencies.”

“Do you plan to stay for the future?”

“My children, my two boys, want to stay here, but my youngest child prefers to stay in my home country. For me and my husband, I would rather stay here for the moment, because I have my teaching career, and that's good for me, and my husband is working. Therefore, it is good. Eventually, as we grow old, we want to stay forever, *per sempre*, in my country”. “I have two choices now, and I would like to stay in New Zealand, since my sister and my relatives are there and my husband went to stay in the Philippines, so, for now, we cannot decide, because they want to stay here”.

“I think deciding now would not be possible.”

“Yes. For now, it is tentative.”

“Do you have other relatives here in Naples?”

“Not me. My husband does. I am too busy at the moment to do more than greeting them when they come.”

“Nevertheless, I know for a fact that you are very active in the Filipino community in Naples and I know you are setting in preparing for the Eastern Festival, especially on September 25. I'll be back and I will come visit. Do you spend your free time with nationals of your country or with Italians and other foreigners as well?”

“I usually meet my Italian teacher, the one who taught me Italian, who is an Italian and gave me the first opportunity in teaching here two years ago. I heard him speaking English, I approached him and then he gave me students. Then I joined the English school, where I gained experience and insight on Italian pupils...”

“Yes, that's good. You gained experience with Italians. Are you learning Italian as well?”

“The basics, such as verbs. My children learn Italian, but I found it difficult, in both speaking and writing”.

TERZA PARTE

And about the birth, there are two ways... ”

Mo. Yes, actually. No, no, ok, there are two ways; we can consider it up to two ways. Ok.

“Ok, two ways. A natural way and, you say, at the hospital”

“The hospital way. Ok. You will start now?”

“Yeah. Now we start.”

“Ok. There are two ways in giving birth, in the Philippines. One is [about] going to the hospital, assisted by doctors... those are the ones that we, the people in the Philippines, call the *have-money* . But the ones that [are] without money or have less money or, shall I say, the ones living in remote places (because in the Philippines there are people living in remote places, remote areas). So, most of the time, they have what we call the healer”

“The hilot?”¹⁸

“The hilot; without medicines, without anesthesia, they just go the natural way”

“Is that a traditional message, or...”

“Yes; they push, they push like that. Once they do this, mothers will scream some of the air out and, suddenly, everything is okay ”

“In Italy, we had a woman which usually helps with that, and it was a country midwife. In the Philippines are there such man and women ,too? People who know how to do that?”

“Yes, yes. Actually, there are times when Philippines can easily give birth. As they do a lot of work, they can also easily give birth”

“Do they use something natural to help childbirth?”

“No. It is done only by hand. Warm water, hands and oil to help with the motions. And then, almost always the husband should be with the wife, holding her head ”

“This is good. There was a time, here in Italy, when men had to stay outside while women gave birth. Do the men in the Philippines help with that as well?”

¹⁸ Hilot (/ HEE-lot /) è un'antica arte filippina di guarigione. Un manghihilot (il praticante di Hilot) e l'albularyo (erboristico) sono solitamente alternative meno costose per i medici nelle Filippine, soprattutto in zone rurali molto profonde. Un Manghihilot impiega manipolazione e massaggio simili a chiropratica per la diagnosi e il trattamento dei disturbi muscolo-scheletrici. Inoltre sono stati conosciuti per ripristinare articolazioni dislocate e sfrenate come il ginocchio, la caviglia, le dita e le ossa metacarpo. Un Albularyo utilizza le erbe oltre al massaggio. Il termine hilot si applica anche alle ostetriche tradizionali, in licenza o in altro modo.

“Yes. They also help their women in lessening their fears, the *paura*, because the husband is there. Less fear, *meno paura*, because a woman can say *ah, my husband is there*”

“Yes. Less fear. This is very good”.

“Then, there is also the *hilot*”

“*What is that?*”

“He does also make massages”

“*Ah. Massages*”

“This is not like in a hospital, where you go to delivery and they cut, be it a Caesarean...”

“Or a normal cut, yes”

“With a *hilot*, the births are normal all the time”

“*Ah. All the time*”

“They cannot do, you know, Caesarean sections, but in hospitals they do c-sections, cutting the “*pancia*”. Like me, my last delivery was a Caesarean”.

“Like me, too. There was a problem, and they cut”

“They use a *forbice* (a pair of scissors) for the *cordone* (the umbilical cord). In hospitals, they do both c-sections and normal deliveries, but the women in the Philippines, they prefer normal deliveries”

“And what do you think the preferences are, in the Philippines? Did they prefer how it was in the past, or do they prefer now?”

“Well, for those women not working outside or in offices, like me, it was easier”

“So, it was simpler”

“Yes, as it was the case with my mother during the old days, the only means a mother could use were the natural ones. And feeding was at the breast only. Sometimes even for five years. As long as a mother has milk, she can give milk. But suddenly, when women have to work, like me...”

“It is very difficult”

“I have to siphon my milk and put it in the freezer, before going to work”

“This is very hard work. Almost like another line of work in itself. It is difficult for you today”

“Yes. But when you go back home, you have to watch the milk before giving it to your child, because the first drops are dangerous”

“For how much time did you give your milk? Three months, or more? Or maybe less?”

“I did it for three years”

“Very good. That is awesome! Because, here in Italy, giving a lot of milk is considered strange nowadays. Is it normal there in the Philippines? ”

“Yes. Because the doctors say that also in the Philippines”

“Here in Italy, the doctors advise to leave artificial milk”

“We mix them, because, for example, after three years, my milk was no longer sufficient. So, we have to mix our milk with the normal one, the one in bottles. When my milk I left is not enough, I can add the powdered one. I ask the nanny to use the artificial milk, and once I get home, I give all of this to my child”

“Therefore, I think there must be a particular link between you and your child, isn’t it?”

“Yes. And this is the main reason why children are particularly attached to their mothers; because of the milk. One more thing: when you give your milk to your child, then his or her immunity system is bound to be very strong. Sometimes, the only thing families can give their children is the breast of their mothers.”

“Until their children turn five years old? And also doctors believed this to be a good thing”

“This is true also in the poor areas, where I was born. Milk is good for the bones, for the mind, the immunity system...”

“This is very good for the immunity system”

“As much as you have milk, give it to your son or daughter”

“Thanks”

INTERVISTA A Ca.
PRESIDENTE DELLA COMUNITÀ FILIPPINA CATTOLICA DI
PISA (2016)

C. è la presidente della Comunità filippina cattolica di Pisa. Vive presso una dependance presso il suo datore di lavoro per cui lavora da molti anni, assieme a due delle sue tre figlie. La figlia maggiore, nata nelle Filippine ed arrivata con lei in Italia molto piccola vive, a Pisa, assieme a suo marito, italiano, con il quale ha avuto un bambino che ha tre anni. Questa intervista è centrata storia e sulla vicenda personale di C., sul rapporto con i servizi sanitari del territorio in particolare in riferimento a gravidanza e parto, ma anche in parte su tradizioni filippine in riferimento a maternità o all'uso di medicine naturali. Dalle parole di C. emerge, inoltre, come la sua storia, le sue vicende personali si intreccino con la fondazione della comunità cattolica filippina a Pisa, evento che considera particolarmente significativo, in quanto consente di costruire reti di supporto importanti anche nel rapporto con i servizi del territorio e per il benessere psicologico dei suoi connazionali. Emerge inoltre il ruolo di mediatrice informale che svolge nell'ambito della sua comunità.

Da quale regione delle Filippine proviene?

Luzon. L'isola più grande, dov'è Manila, è mezzora da Manila! Stavo in Bulacan si chiama Bulacan il mio posto. Ci sono pochi filippini e niente ...

Nella regione da cui proviene si parla tagalog o un altro dialetto?

Sì. Luzon, noi si parla tagalog.

Da quanto tempo è in Italia?

Allora praticamente in Italia sono ventitré anni che sono qui, dal '94! Ero venuta con la bimba più grande che lei aveva 3 anni e poi le altre due erano nate qui a Pisa lei aveva 3 anni dopo ...

Come mai ha deciso di venire in Italia?

Perché, allora il padre delle bimbe era già qui da tre anni, prima di me. Io lavoravo già e stavo per finire giurisprudenza, mi mancava un anno e dovevo laurearmi in giurisprudenza. Infatti lavoro non mi mancava perché ero già negli uffici con gli avvocati a fare il tirocinio sicché ... Non volevo venire qua!

Non voleva venire ... E' venuta per ricongiungersi a suo marito?

Lui ci ha chiamato tre anni dopo che era qui e ha detto che non ce la faceva più a rimanere senza la sua famiglia sennò si butta di sotto dalla torre! Dove lavorava! E allora la mia mamma ha detto "Carmela decidi tu, ma secondo me fra la carriera e la famiglia te devi scegliere quella che dura di più, la carriera prima o poi si finisce, ma la tua famiglia rimane"

Per noi filippini la famiglia è più importante. Che poi sai quello che dice i genitori io l' ho sempre detto, anche se mio babbo mi diceva "Buttati dal ponte" Per quale motivo, non lo dovevo chiedere mi buttavo, senza chiedere nulla, con gli occhi chiusi! Da noi ubbidienza è una cosa ... Con i genitori poi già che ai genitori gli diamo del lei, al nostro babbo gli si dà del lei, si saluta prendendo la mano e portandola sulla fronte ... in segno di rispetto!

Niente ero venuta qua! Te non hai idea come ho sofferto giorno e notte! Con le lacrime! Io salivo sul pullman, leggevo tutto quello che vedevo e non capivo nulla! Sentivo la gente parlare dietro di me e non capivo nulla! Io volevo tornare a casa! Lì per lì volevo tornare a casa! E poi dopo tre mesi che la mia bimba andava all'asilo tornata a casa e mi parlava in italiano ... la bimba più grande quella che hai visto ora ... Qualcuno mi può dire cosa stava dicendo questa bimba che io non ho capito nulla! Lacrime negli occhi!

Allora lavorava?

Ancora no, perché non sapevo ancora la vostra lingua! E poi a fare cosa? A spazzare, a pulire i lavandini, cessi tutto! A casa avevo solo computer davanti, penna e fogli da firmare, documenti da leggere e da dare l' approvazione! E qui mi fai pulire i cessi! Ma che lavoro è questo? A casa mi davano tutti del lei, entro in ufficio mi aprivano persino la porta! E qui mi tocca abbassare il capo per ubbidire a tutto quello che diceva il padrone di casa ... Non ci siamo! E niente, con le lacrime agli occhi ti dicevo entrata in casa "Ciao mamma allora com' è andata la tua giornata?" Ma qualcuno mi spiega cosa sta dicendo questa figliola che non capisco?

Come ha imparato l'italiano?

A quel tempo lì, non c'era ancora quello che offre il comune ora per tutti i filippini che le mandano a scuola, per imparare la vostra lingua ... Io non dormivo più! Io dormivo con il dizionario inglese e italiano e la grammatica italiana!

Conosce anche l'inglese?

Sì, è la nostra seconda lingua, poi a scuola se uno finisce fino alla fine l'università le materie sono tutte in inglese! Tutte in inglese! L'unica materia che abbiamo in tagalog è il filippino e poi tutto il resto è inglese! Se uno è andato a scuola l'inglese lo conosce bene.

Quindi ha imparato da sola la lingua italiana?

Sì, da sola.

Quando è arrivata in Italia abitava con suo marito?

Sì, all'inizio sì, quello che so ora con loro non potevo neanche contare perché ...mio marito lavorava dalla mattina alla sera. Praticamente c'è anche un orario, aveva un orario dalle otto la mattina fino alle cinque, le sei!

Vi erano altri parenti qui a Pisa?

Io non c'ho non ho mai avuto nessuno, né un parente!

Amiche?

Amiche, va bene piano, piano ho costruito la mia vita qui! Amicizia con gli altri connazionali e poi ho avuto una datrice di lavoro eccezionale! Che insomma! Bravissima! Sono vent'anni! Ho avuto solo due, tre anni un altro datore di lavoro!

Le altre sue due figlie sono in Italia?

Sempre con lui! Sì, sempre con lui. Prima che nascesse ancora la più piccola, che ora ne ha diciannove ci ha lasciato. Perché ero incinta insieme all'altra donna! E io questa non l'accettavo, non potevo accettare, per mio orgoglio e da lì ... Poi si forse ero avanti di cinque mesi e poi quando ero, stavo per partorire, ho saputo che anche quell'altra era incinta! Sicché ... Non ti dico la scena! Non è che l'ho mandato via di casa, perché mi ha pregato, tutta la sua famiglia è qui sorella fratello, mamma, papà!

Perché c'era già la sua famiglia e i genitori mi ha pregato proprio, pregato di rimanere di accettare il loro figlio e a quel punto dovevo decidere! E' una scelta durissima, perché dove dovevo andare con tre figlie in mezzo alla strada? A chiedere l'elemosina? E ormai le bimbe, le due mi insegnavano già la lingua, piano, piano prendevo il part- time, ho preso anche la forza di prendere una patente, ho preso la patente e niente ...

Quanti anni avevano le sue figlie quando si è separata?

Allora dalla più grande alla seconda ci sono quattro anni di differenza e invece dalla media alla più piccola c'è solo tre anni, tre anni perché lei ne ha 21 ... Si tre anni di differenza e niente ... Dovevo portare i bimbi a scuola, all'asilo!

Quindi ha preso la patente e portava le bambine a scuola, andava a lavorare ...

Sono andata a lavorare... La macchina a rate, pagando ogni mese, tanto la casa non ho mai avuto la casa in affitto, si vede qualcuno lassù mi segue! Mi hanno sempre fatto stare ...

Lei anche adesso abita presso il suo datore di lavoro?

In una casa, in una dependance! No, dentro casa con loro! Per conto mio!

E quindi ha potuto tenere con sé le sue bimbe?

La mattina le portavo a scuola, andavo a lavorare, il pomeriggio sono libera, le prendevo perché loro ...

Quindi aveva un part- time?

Sì, un part-time di 5 ore al giorno ... Finché poi un giorno mi sono messa a pensare mettendo ai miei panni i filippini, che nuovi in Italia, non sapevano la lingua, non conoscevano nessuno, perché non posso aiutare o avere un posto dove possiamo stare insieme! Unire!

Fondazione della comunità cattolica di Pisa

Dunque lei è stata fra i fondatori della comunità?

Sì.

Quando è nata?

La comunità è stata creata nel ... sedici anni fa! Sedici anni fa abbiamo iniziato con pochi, in chiesa una diversa dall' altra perché non tutti parroci sono così gentili e aperti! E abbiamo iniziato... Abbiamo avuto un sacco di chiese prima di

stabilire, abbiamo girato quasi mezza Pisa, va beh! Però sono contenta da com'è uscita!

Da quanti anni lei è presidente di questa comunità?

Eh, io non mi caricavo, non volevo prendere l'incarico! Ho fondato questa, però decidiamo insieme chi può essere la presidente, il capo! Ormai ogni quattro anni c'è questa votazione ora dai Carmela ora puoi? No, no, no, diamo l'incarico a un altro! A me basta che ho creato questo. Se abbiamo un posto ci si vede ogni domenica e mi va bene così. Te gli dai l'incarico agli altri, però alla fine ora sono ... ho accettato!

Da quanti anni è presidente?

Cinque anni. Perché si spariscono molto facile che si attirano vero un'altra parte! E noi rimaniamo sempre senza nessuno!

Chi sparisce?

Le persone! Sono presenti oggi e domani non ci sono più! A me così non mi va bene alla fine!

Ci sono altri gruppi altre comunità qui a Pisa?

Degli altri.

Cattolici?

Cattolici solo noi. Siamo solo noi come comunità cattolica almeno credo.

Poi mi diceva che vi è anche una associazione che riunisce tutti i filippini presenti a Pisa?

Sì, quella anche quella il presidente si vota ogni ... Ora c'è questo qui che è incaricato ormai da otto anni ha raddoppiato già ogni quattro!

Rapporto con i servizi sanitari

Per quanto riguarda invece la sua esperienza personale, lei si è mai rivolta ai servizi sanitari in Italia per lei o per le sue figlie, oltre che in occasione del parto?

Sì, tutti!

Come si è trovata? Ha mai avuto delle difficoltà?

No Milena. Per le bimbe da quando erano piccine io ho avuto pediatra che la sua anima sia in pace, era bravissima! Che la sua anima sia in pace!

Era un pediatra dell'Asl?

Della Asl tutti quelli del Comune, tutti quelli del governo! Io non potevo mica permettere di pagare!

Nei primi tempi che era in Italia per far fronte al problema della lingua italiana andava alle visite accompagnata da qualcuno in particolare?

Allora all'inizio c'è sempre lui con me!

Ed il suo ex marito traduceva ciò che i medici le dicevano?

Sì, sì. Poi dopo ha imparato l'italiano non c'erano problemi, perché con tutte le volte che andavo dovevo andare dal medico è perché ero incinta!

[Arriva la figlia più grande ed in nipotino di quattro anni e l'intervista si interrompe per un po']

Dunque andava dal medico solo quando era incinta?

Sì.

Non ha mai avuto la necessità di recarsi dal medico in altre circostanze?

No! Sinceramente te lo dico da quando è nata era nata la più piccola ... Ti dico la verità dopo la nascita della più piccola non ho rivisto il medico non ho più visto il medico! Io soffro di asma, ora c'è questo chiama il telefono chiama alza la cornetta chiami le dici il tuo nome la medicina che ti serve il giorno dopo vai nello studio riprendi la vedi solo la segretaria riprendi la ricetta e sei a posto! Non l'ho più fatto, né pap – test, né analisi del sangue niente!

Come mai?

Prima perché non ho avuto tempo: tre figlioli io dopo il lavoro alle sei torno a casa preparo il mangiare, devo sistemare la casa, perché quando erano piccini non sapevano fare, io forse le ho viziate anche le bimbe! ... Te l'ho detto è valido per me quello che diciamo per noi filippini, per noi lavoratori non possiamo non abbiamo il permesso di ammalare, grazie a Dio!

Con i medici, i pediatri con cui si è rapportata ha mai avuto delle difficoltà? Non so per problemi di lingua, per differenze di cultura?

Difficoltà no, perché c'era sempre lui che parlava con loro! C'era sempre lui che parlava con loro! L'unica cosa che ho capito è quando mi ha detto che io dovevo avere un maschio invece era venuta fuori una femmina l'ultima! Avevo già la

carrozzina blu i vestiti blu! Tutto blu! La più piccola era uscita dall' ospedale dalla casa di cura, con una carrozzina blu scuro, con una tuta celeste con i biberon blu, tutto da maschio tutta da maschio! Eh noi mi ricordo che qui c' era ancora prima il bar, uscendo dal dalla casa di cura quando il medico ha pronunciato che era un maschio, abbiamo anche fatto un brindisi! Perché dopo due femmine almeno arriva ora il maschio! Forse se arrivato davvero un maschio non lo perdevo mio marito! Ma lo sai che i maschi preferiscono avere figli maschi? Perché quelli che portano il loro cognome!

Le è mai capitato nella sua esperienza di notare da parte di medici o operatori sanitari atteggiamenti poco piacevoli, pregiudizi o veri e propri episodi di discriminazione, nei suoi confronti, legati al fatto che è straniera?

Forse sono io! Ma dalla parte loro non ho mai sentito! Sono io che mi sentivo diversa dagli altri sono io sentivo incapace, ero io ero io, sì ero io! Che non ero adeguata.

Gravidanza, parto e maternità

Visto che due delle sue figlie sono nate in Italia come è stato per lei vivere la gravidanza e partorire qui in Italia rispetto al suo paese di origine, dove è nata la sua prima figlia?

Per me? Allora personalmente parlando, è bello! Nel senso prendono cura di te dai controlli, medicine, tutte le analisi ... Mi hanno dato persino il latte e i pannolini per i primi tre mesi! E io ho partorito a casa di cura, non all' ospedale! E' stata curata dalle suore, c'è qualcuno lassù che mi segue!

Lei ha partorito con parto cesareo o naturale?

Tutte e tre, tre naturale!

Prima di partorire si era mai rivolta ai servizi sanitari in Italia?

No, no no ...

Com'è stato vivere il parto qui in Italia?

Triste, perché a casa alla prima figlia, no sono stata coccolata dalla mia mamma e poi i medici li conoscevano i miei genitori! Sicché un trattamento speciale per questa figliola Carmela è la figlia prediletta è la figlia più grande la figlia di papà! Coccolata! Non ho mai, non ho mai ... Si è vero diciamo la verità, non ho mai badato alla mia figliola: lavoravo, studiavo ci pensava la tata alla mia bimba! C'è

la mia mamma, c'è la tata, c'è il mio babbo sicché ... Quando sono venuta qui in Italia che ho dovuto fare tutto da me tutto da sola e tutto da me per me era un incubo! Era un incubo! Però sì, come gravidanza qui in Italia è andata bene!

Sentiva la mancanza della sua famiglia?

Sì, quello sì. Depressione gravissima, dopo la terza praticamente! Perché della seconda c'era ancora lui! Che ha promesso al mio babbo che si prendeva cura di me, che ha detto “La mia bimba non sapeva fare nulla, non sapeva cucinare, non sapeva persino lavare i suoi intimi!” “Non vi preoccupate, ci penso io, farò tutto io per lei!” E fino alla nascita della seconda, cambiava lui, perché poi è un infermiere! I primi bagni delle bimbe ...

Era di aiuto?

Sì, cordone ombelicale tutto lui, sì, sì per il merito suo lo devo dire ... Però poi. Lo stesso è stato ... Perché dopo la terza, si vede, mi vedeva già pronta, dopo la terza figliola, parlavo già con i genitori da sola, andavo già alle visite, guidavo già la macchina e si vede che ha visto che non ho più bisogno del suo aiuto! Ha trovato un'altra gonnina e si è infilato sotto quella gonnina!

Come diceva chi me l'aveva detto? Non bisogna dare solo la colpa a lui Carmela. In ogni situazione c'è sempre il rovescio della medaglia. Un po' colpa sua, ma è un po' colpa tua forse in qualche maniera è mancato in qualcosa! Quando mi viene in mente come se fosse ieri, sai, ti dico la verità anche la rabbia! Sì, mi ritorna tutto!

Certo. Invece le gravidanze sono andate bene?

Sì, sì.

Nel corso delle sue gravidanze ha fatto tutti i controlli e le ecografie consigliate?

Tutto, tutto, mi s'è rotto l'acqua!

I rapporti con i medici con le ostetriche come sono stati durante il parto?

Si è stato il mio medico, almeno il mio ginecologo, è stato bravissimo!

Vi sono state differenze rispetto al parto nelle Filippine? So che lì si usa anche fare massaggi per aiutare il parto...

Io ho partorito all'ospedale, però sono stata curata con un'“anziana”, che faceva i massaggi per abbassare per facilitare, per facilitare il parto! E poi, anche dopo il parto, ci sono tutte naturali, per guarire la ferita, per i tagli perché fanno, perché quando la testa è grande abbastanza e non passa bisogna tagliare. Bisogna tagliare e questi taglietti sono freschi! Si fanno dei punti però sono sempre freschi e si faceva come sedere in un vaso con dell'acqua tiepida e con tutti questi erbe che si fa che fa ... che aiutano a seccare la ferita!

In Italia è stato diverso?

E quello che ti ho detto, la parte dura è questa! Sì quella lì che mi ha fatto sentire un po' meno coccolata, in quel senso lì! E niente lì poi le donne appena partorito fino ai primi venticinque giorni, non possono toccare l'acqua!

Come mai?

Perché ferma tutti, perché noi c'abbiamo ... Quando la tua donna partorisce si sforza si sforza e si apre tutte cose del corpo e per riportare a rilassare tutti questi ... non lo so! Non si tocca l'acqua perché l'acqua fa male, è fredda e con tutte le forze che sono aperte dentro il tuo corpo c'è la possibilità che ti entra il freddo è lì che inizieranno i dolori ... Niente noi c'avevamo anche i calzini nonostante un paese caldissimo! E poi, dopo le sei, dopo alle sei non si può più uscire!

Le neo- mamme non possono uscire?

Le mamme no, anche i bimbi piccini. Però al sole la mattina alle sei fino alle nove, è buono per prendere un po' di sole se esce!

Vi sono nelle Filippine usanze, tradizioni particolari per proteggere la mamma e il bambino?

Allora il bimbo te l'ho detto ... La mamma, i calzini e poi quelli che allattano, perché i piedi il freddo, inizia da sotto i piedi, sicché noi non possiamo stare scalzi, fino ai primi venticinque trenta giorni!

Perché li state scalzi?

Eh, con il caldo che c'abbiamo, eh in casa poi siamo tutti scalzi! Se no ciabatte, va beh, però quello quando si esce fuori a comprare qualcosa, ma in casa scalzi!

E poi quando si allatta si cercano di dare sempre il mangiare con il brodo, perché fa venire il latte e poi guai a dormire, guai a dormire con le braccia in su! Perché sennò si ferma la circolazione del latte e guai! Poi va beh, non devi mai dare il latte al tuo bimbo quando sei stanco o vieni da fuori e da lavoro ... Devi aspettare un po', bevi un bicchiere d'acqua, aspetta, ti riposi non so un quarto d'ora, mezzora, finché dare il latte a lui! Sicché lì tutti a coccolare, perché questo voleva già mangiare!

Qui in Italia hai allattato?

Sì, allora la più grande l'ho allattata fino a un anno e otto mesi, la seconda otto mesi, la terza ... Poi arriviamo all'altra parte dolorosa e la terza due mesi. E' stato molto difficile perché poi lei l'ho portata a casa mia! Dai miei genitori! Eh come facevo? Erano tre, tre, dovevo lavorare dovevo mantenere la famiglia da sola e lei l'ho dovuta portare a casa!

Come mai ha deciso di restare in Italia dopo la separazione da suo marito?

Sì, non so per rivendicare, per farlo provare a tutti che io ce la faccio, che non è facile buttarmi giù così!

E' stata molto forte!

La mia mamma, i miei genitori hanno sudato per mandarmi a scuola, farmi finire l'università e poi mi arrendo così, no! Però tutte le sere piangevo! Chiamavo la mia mamma "Mamma torno a casa torno a casa!" Allora ho portato la bimba e poi quando lei ha festeggiato al terzo anno della sua età mamma mi ha detto "Carmela o la prendi ora o mai più! Perché sarà un dolore!" Una donna ... Manca il velo e lei è suora!

Nei tre anni in cui sua figlia era con i nonni, lei è riuscita a tornare nelle Filippine?

No, però la sentivo tutti i giorni al telefono a quell'epoca lì... Infatti è per quello che ho detto sarà un bene, sarà un male questa qui prima doveva andare alla stazione, dove c'è la cabina telefonica con le con la carta internazionale a chiamare! Lei diceva "I love you! How are you? Come stai?" "Ti voglio bene!" Quando la sono andata a prendere, perché la mia mamma ha deciso "O la prendi ora o mai più!" Perché lei ha detto per la bimba sarà un dolore, sia per noi, sia per te... Quando sono andata a casa un mese non m'ha mai voluto accanto a lei, dormivo accanto a lei, poi la ritrovavo a letto dei miei genitori, perché per lei quella è la sua mamma e il suo babbo! Io chi sono? Ma poi "al telefono mi volevi bene?" "Sì signora perché la mia mamma diceva dimmi che vuoi bene, dillo che vuoi bene a quella signora! Ti voglio bene, ti dicevo, sì, che lei, la mia mamma mi diceva!" E la sua mamma è la sua nonna! Sull'aereo 18 ore di volo ... Al check-in "Signora, veramente non volevo più andare a fare la passeggiata con lei, voglio tornare a casa ora" "Ma c'è la tua mamma e la tua zia lì che è la mia sorella, "C'è la tua mamma e tue cugine lì, ora ci seguono!" Sopra eravamo già, decollato già l'aereo ha iniziato a piangere, tutti i passeggeri si vede non lo so ero pallida perché tutti a lamentare! "Ma di chi è questa figliola?" "E' mia!" "Allora falla smettere di piangere se è sua! Falla smettere di piangere!" Ma come facevo? Lei non mi conosceva! Per dirti come è stata dura!

Tutti i connazionali quando sento "porto a casa la bimba, il bimbo perché qui non si può qui si lavora e basta non abbiamo tempo, per perdere!" Per carità per favore non lo fate! Se avete deciso di farli figlioli tenetela qui, qui con voi! Non lontano! Poi non parlava la lingue, io gli allungavo il mangiare, lei per terra accanto al termosifone ... perché il cambiamento di temperatura è dura, è stata dura per lei! La lingua, la presenza di queste due sorelle, che l'odiavano! Capito com'ero messa! Le sorelle non le conoscevano, tre anni sono state senza e all'improvviso la presentavo "questa è la vostra sorella!" "Ma chi sei, ma chi sei?" "Ma chi te l'ha detto mamma!" "Ma come?"

Intanto che lei era nelle Filippine le due bimbe con chi erano rimaste in Italia?

Con i suoceri ... almeno quello mi potevano fare! E anche la datrice di lavoro mi ha aiutata è stata brava! Lei ha sempre amato le mie figliole come se fosse ... Lei è una che non ha famiglia, non ha figli!

E' anziana?

Anziana... Io quando ero entrata a casa di loro aveva ancora la mamma e il padre. Ora sono tutti e due morti, nelle mie mani! I suoi genitori! Forse per quello che ha visto come ho amato i suoi genitori, come ho curato i suoi genitori, la sua mamma e il suo babbo!

Lei aiutava i suoi genitori?

Sì sì, anche in casa, tutto! Facevo tutto, l'autista, la badante, la pulizia, la colf, tutto! Ora non più, ora ho una che lavora con la pulizia, come se fosse, faccio parte della famiglia!

Quante ore lavora al giorno?

Allora otto o nove! Dipende perché se lei chiama io devo essere disponibile!

Come considera questo lavoro attualmente?

Anzi sinceramente è pesante! Perché lei è dipendente, dipendente! Carmela, Carmela ogni cinque minuti! Carmela tutte le volte lei vuole solo Carmela! Ha 67 anni! E' grassa, si muove poco, è viziata perché ...!

E' molto ricca?

E' molto ricca! E allora niente, guido per lei, la vesto, la lavo, faccio tutto! Però non è neanche handicappata! E' proprio pigra!

E' cresciuta così?

Sì, infatti anche gli amici me l'hanno detto, questo è colpa dei genitori!

Per tornare al rapporto con il servizio sanitario, potrebbe dare una valutazione del servizio sanitario italiano? Secondo lei il servizio sanitario italiano è migliore o peggiore rispetto a quello nelle Filippine?

Meglio!

Come mai?

Meglio nel senso che quando uno c'ha tutte le documentazioni a norma noi ... Noi non si paga!

Invece nelle Filippine si paga?

Lì potrai morire davanti all'ospedale ma senza soldi in tasca ti lasceranno morire!
Lì tutto a pagamento! Tutto! Non puoi entrare in ospedale se non hai un acconto!
E' la nostra sanità, almeno per la sanità noi stiamo bene qui, noi filippini qui sì!

Secondo lei si potrebbe migliorare l'assistenza per gli stranieri?

Sono già passati tanti anni Milena ... Non vale per me questa domanda. L' unica che ho sentito si lamentano sempre del Pronto Soccorso, quello sì! L'unica che ti posso dire è quella! Il pronto soccorso devono migliorare!

Dunque secondo lei la salute delle donne immigrate in Italia è tutelata?

No.

No. Come mai?

Perché esiste ancora la discriminazione! Sai io ho notato perché ... Io ho aiutato tanti dei miei connazionali, specialmente quelli che non hanno i documenti. Tipo di recente una che ha avuto un incidente stradale, è stata investita e lui è scappato! Lei senza documento all' ospedale chiedevano 2.000 Euro per l' intervento! A Cisanello!

Duemila euro per l'intervento?

Sì, per l'intervento e ho spiegato la situazione!

Per cure urgenti essenziali la legge dice che ...

Infatti è quello che lo so! E' quello che lo so ...E io ho detto ma come questa ragazza ha bisogno di un intervento?

La sua connazionale aveva una tessera STP?

STP, che vuol dire?

La tessera per persone senza permesso di soggiorno, che non pagano.

Sì. Non ce l'aveva perché non ha documento!

Ma poteva farla.

Però poteva fare ecco! E infatti. "Allora signora ..." quando gli parlava una cugina che non sapeva la lingua che non conosceva bene la lingua, l'avevano trattata un po' ... sai così! Diciamo con un puzzo sotto il naso! Allora sono intervenuta, ma hanno visto me forse che parlavo meglio di quell'altra e mi hanno spiegato la situazione e sono stati molto più calmi!

Prima non lo erano?

No. Ho detto “Qual' è il problema?” “La ragazza ha bisogno di una cura, di un intervento!” Sì, allora piano, piano mi ha spiegato, perché ho detto “Ma lo so che voi non potete negare un aiuto a questa ragazza, l'intervento qui all' ospedale non potete.” E lei si vede che ha capito che qualcosa lo so! Ha detto “Allora signora voi fate questo, lei siccome non c'ha un documento bisogna che voi procurate la tessera sanitaria di almeno una durata di sei mesi!”. “Va bene ditemi cosa devo fare dove devo andare e lo faccio, mi procuro questo documento” E così è stato fatto!

Poi è stata operata?

Sì, gratis. Ecco ha presentato questo e non ha pagato nemmeno una lira.

Ma secondo lei per quale ragione le hanno chiesto di pagare tanto?

S'è già detto che è, quella è che t'ho detto forse esiste ancora la discriminazione! Quando ha capito che questa signora. Eh ... Volevano prendere ... Farli girare sul palmo della loro mano questa filippina, perché non sapeva parlare la lingua! Ma che modo è? “Carmela non ho capito bene mi hanno chiesto duemila euro per fare l'intervento!” “Cosa?” “Vai allora te stai qui con lei e parlo io!”

Per quello ti ho detto! Non so per me è una discriminazione! Per quale motivo non l'hai spiegato a questa mia connazionale quello che doveva fare e non fare? Perché non capiva la lingua? Perché diversa da voi? Ma cosa vuol dire? ... Discriminazione! Dice siccome io non è per vantarmi Milena te non mi puoi trattare ... Perché poi mi sento, mi sento sicura di quello che dicevo. Quante, quante connazionali ho aiutato al patronato a destra e manca all' INPS! Tutto loro quando hanno bisogno hanno dei problemi!

In caso di necessità chiamano lei?

Si chiamano me! All' incidente, per la strada chiamano me, allora Anche di notte perché non parlano la lingua e i poliziotti anche i poliziotti, anche i carabinieri ...! Ma sai come parlano i miei connazionali non è che si spiegano molto bene usando la vostra lingua, sicché diventa un po' troppo difficile per loro. E allora per un italiano, si capisce quello che diceva comincia il nervosismo si comincia a urlare e cercano sempre di ... approfittare.

Approccio medico

Qui in Italia per lei e per le sue figlie ha mai fatto uso di erbe, rimedi tradizionali, diffusi nelle Filippine?

No, non ho mai avuto il coraggio perché prima di tutto non me ne intendo ... Ah no, sinceramente qui c'era una filippina a quel tempo, che quando le bimbe avevano la febbre, però non c'ha né tosse né raffreddore né niente, c'è mal di testa, allora, mal di pancia lei li curava facendo bollire tutti i vestiti, perché se non troviamo una persona che ha fatto "malocchio" ... Quando lo troviamo noi non lo sappiamo chi è stato, da chi è ... si toglie tutti i vestiti si butta nell'acqua bollente si strizza bene bene si fa così [mima un gesto per stendere i panni strizzati], si appende! E dicono che così passava tutto il dolore della pancia! O sennò, ti ho detto quella lì per il mal di gola o la spalla o sennò sai i bimbi si muovono in continuazione, una corsa là, una storta là. Prima c'era una qui a Pisa dove lo portavo le bimbe!

Era una donna filippina?

Sì, una filippina che guariva con l'olio.

Era anziana?

Anziana, ora ha 88 anni e non fa più!

Adesso è ancora a Pisa?

Credo che sempre qui, sempre qui, però anche lei non le fa più, perché sai ci vuole forza, ci vuole forza! Va bene che la conoscenza ce l'ha!

Diciamo che è una sorta di guaritrice?

Sì una specie, spesso si portava là i figli, perché poi loro non chiedono mai i soldi te gli devi offrire ... Qualcosa ... Però mai dei soldi, almeno da noi si fa così! Grazie e basta! Forse o perché quando qualcuno crede ... Noi siamo cresciuti un po' nell'antichità, metà nel mondo moderno! Ma da noi esiste questa cosa qui! Noi crediamo nella capacità di un guaritore!

Nelle capacità di guarire ...

Di guarire sì, sì!

Come se questa persona avesse ricevuto un dono?

Bene, che ci sono proprio, è un dono da Dio!

Questi guaritori curano anche imponendo le mani?

Sì anche le mani! Posava nella parte dove c'è il dolore con una orazione.

Ma questo dono non è comune, è una capacità solo di poche persone?

Non tutti! E raramente che si trova ... Sono persone rare! Sono persone dotate, come si dice è un dono! Che vedono anche diversamente! Io ci credo, credo a queste cose! I medici possono sempre sbagliare e possono dire che ... Ma sono

sempre persone normali, anche se hanno studiato per anni! Possono curare le persone e dire che una diagnosi è sbagliata ... Invece per me queste persone speciali, non è che si sbagliano!

Ma secondo lei anche fra persone filippine in Italia, questa è una credenza comune?

Sì. Sì, sì!

E' comune quindi cercare di risolvere i problemi di salute anche con rimedi naturali, si va dal medico proprio in caso di necessità?

Così sì, perché bisogna andare dal medico! Però se abbiamo, se conosciamo uno che guarisce che può aiutare, rimedi naturali .. Rimedi eh volentieri! Anzi si preferisce Milena!

Si preferisce. Quindi secondo lei è comune questa cosa.

Per noi filippini, sì!

Rete sociale e familiare sul territorio

Per concludere adesso qualche domanda sulla sua situazione e sulla sua vita in Italia. Nel tempo libero frequenta in prevalenza persone filippine o italiane?

Sì, filippine. Anche se tipo quando vado in Sardegna non c'è mai un filippino! E poi la signora ha tanti amici italiani che mi conoscono, parte della famiglia, della sua, però esco spesso con i miei connazionali. Che già a casa mia non si parla la mia lingua, almeno fuori parlo, lasciatemi parlare la mia lingua!

Per quanto riguarda i suoi familiari qui a Pisa mi diceva oltre alle sue figlie ci sono i familiari del suo ex marito?

No, solo i familiari di mio ex marito. on ho un buon rapporto però! Non è che ho proibito alle mie figlie di avvicinare, ai parenti, sono nonni, zii, sangue del loro sangue, io non gli ho mai detto nulla! Natale “Andate a salutare per fare gli auguri!” E’ il compleanno di zio, sempre “mandate un messaggio”, “fatto gli auguri?” E’ il compleanno dei figli delle loro zie “Andateci!” Non ho mai mancato questo verso!

...Anche un po’ mi sento colpevole con le mie figlie perché non le ho dato...

Ha fatto molti sacrifici per loro, hanno studiato qui in Italia?

La grande ha finito la scuola tre anni fa, ora la seconda si laurea turismo a Lucca e la terza ora è al primo anno a Firenze al Polimoda, Polimoda fashion and design.

E’ una scuola costosa!

Va beh, ce la farò in qualche maniera ce la farà! Ma non ho mai avuto problemi, non sono mai stata chiamata dalla direttrice, dal preside della scuola. Le bimbe lo sanno e hanno visto i sacrifici che ho fatto. Mi portavano a casa delle pagelle Milena! Non per vantarmi, per dirti mai avuto questi problemi “Eh la mia non vuole studiare non vuole stare seduta!” Ti dico la verità, dalle elementari fono al liceo, loro anno fatto tutto da sole! Perché lo sapevano all' infuori dell'inglese, mamma non poteva aiutarle! Non poteva aiutarci!

Sono state molto brave!

Sì. Ma io non ho dato una famiglia intera!

Credo che le sue figlie capiranno!

Spero! Non facile! Solo che ora comincio ad avere paura per la mia anzianità quando divento anziana! Perché vedendo i ragazzi italiani sono proprio italiani

I fidanzati delle sue figlie sono italiani?

Eh sì! Ecco vero anche è una mancanza da parte mia, perché non l'ho mai inserite nella mia comunità le bimbe!

Come mai?

Perché non sapendo parlare la mia lingua, loro trovano sempre ... Si vergognavano, perché non capivano. Però quando dico “Si va in chiesa” Loro, tutti anche se non capiscono quello che dice il prete, loro vengono per far piacere a mamma! Solo che non so chi si prenderà cura di me quando sarò anziana dei tre!

Ed invece ha rapporti con il suo paese d' origine, con i familiari rimasti lì, riesce ad andare lì ogni tanto?

Milena sono quindici anni che non vado a casa! Però stamani o forse eccolo qua aspetta ... Stamani ho chiamato mamma, allora mamma ha festeggiato settant' anni di [*mi mostra una foto della sua famiglia sul cellulare in occasione del compleanno di sua madre*] il 23 agosto sicché m'hanno mandato tutte le foto! “Qui manca solo te, come al solito!” E' morto babbo cinque anni fa e non sono mai potuta andare, però tutti gli aiuti li mando! Malgrado la mia situazione qui, non ho mai negato alla mia mamma, al mio babbo, alla mia sorella, al mio fratello l'aiuto che mi chiedevano, che m' hanno chiesto malgrado ...! Per noi la famiglia ... Non puoi dire no ai tuoi genitori, non esiste Milena. Non esiste! Non esiste e sicché poi, il giorno dopo, torno a lavorare “Oh, hai appena preso lo stipendio e non hai più un soldo!” “Signorina! Li ho mandati a mamma!” “Ma per quale motivo? “Voi non mi capite!” Noi siamo qui in Italia per lavorare e mandare i soldi a casa alla famiglia! Noi siamo qui perché vogliamo che stiano bene quelli che abbiamo lasciato laggiù! Noi siamo qui, perché vogliamo bene alle persone che abbiamo lasciato, la nostra casa, la mia infanzia io ricordo tutto bene! Sicché no, non esiste Milena dire di no ai nostri genitori!

Progetti per il futuro

Per il futuro pensa di restare in Italia o pensa di tornare nelle Filippine?

Io ho sempre detto! Spero di non ... Ma non ce la faccio più Milena. Ce li ho tutti sulle spalle, io! Ce li ho tutti sulle spalle, anche loro, lei infatti gli s'era detto "Mamma che lavoro è?" Va beh che sta per fa la spesa qui, in casa tutti i giorni qui in casa e a C. [il suo nipotino di tre anni] che ci pensi sempre te! Ma che lavoro è? Sai è difficile dire di no, non lo so, fa parte della vita della nostra cultura te l'ho detto Milena ai nostri non si può dire di no!